

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V te Zeist

Zaak : Veronderstelde fraude, buitenland, Turkije, medisch specialistische zorg, vergoeding  
nota's, registratie in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar, registratie  
in het Extern Verwijzingsregister, melding van de registratie bij het Centrum Bestrijding  
Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, vordering onderzoekskosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016, art. 7:941 BW

Zaaknummer : 202002634

Zittingsdatum : 22 september 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en  
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 7 april 2021 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 2 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 20 juli 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 juli 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 september 2021 gehoord. Ter zitting is afgesproken dat de zorgverzekeraar nadere informatie zou opvragen bij de twee ziekenhuizen in Turkije, waarvan de gedeclareerde nota's in dit geschil centraal staan.
- 2.4. De zorgverzekeraar heeft de ontvangen informatie op 17 november 2021 en 9 december 2021 aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. Verzoeker heeft de commissie op 13 februari 2022 zijn schriftelijke reactie gestuurd. Een kopie hiervan is ter informatie aan de zorgverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2016 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker is in 2016 in Turkije op vakantie geweest. Op 23 mei 2018 heeft hij vier ziekenhuisnota's uit 2016, van twee verschillende ziekenhuizen, ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 11 juni 2018 meegedeeld dat hij te weinig informatie had om de gedeclareerde nota's te vergoeden. Verzoeker werd daarom verzocht het meegezonden vragenformulier in te vullen. Verder werden een machtigingsformulier ter ondertekening en een 'verklaring onderzoekskosten' meegestuurd.
- 3.4. Verzoeker heeft voornoemde stukken op 14 februari 2020 ingevuld en ondertekend retour gezonden.

- 3.5. Op 29 april 2020 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden tussen verzoeker en de zorgverzekeraar.
- 3.6. Op 5 juni 2020 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker per brief meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoeker heeft geprobeerd de zorgverzekeraar financieel te benadelen. De zorgverzekeraar treft daarom de volgende maatregelen tegen verzoeker:
- de gedeclareerde kosten worden niet vergoed;
  - de (persoons)gegevens van verzoeker worden opgenomen in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar voor de duur van acht jaren;
  - de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (EVR) voor de duur van één jaar.
  - het dossier van verzoeker is gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV) van het Verbond van Verzekeraars;
  - de door de zorgverzekeraar gemaakte onderzoekskosten van € 617,50 worden bij verzoeker in rekening gebracht.
- 3.7. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juli 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
- (i) de zorgverzekeraar ten onrechte heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude;
  - (ii) de zorgverzekeraar de registratie van zijn (persoons)gegevens in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar en in het Externe Verwijzingsregister alsmede de melding van de registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars ongedaan moet maken;
  - (iii) de zorgverzekeraar de gevorderde onderzoekskosten moet laten vervallen;
  - (iv) de zorgverzekeraar de ter declaratie ingediende nota's moet vergoeden.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 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 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

##### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker stelt dat hij tijdens zijn verblijf in Turkije in 2016 tweemaal is behandeld in het ziekenhuis. Hij heeft hiervoor kosten gemaakt. De nota's hiervan heeft hij achteraf ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Anders dan door de zorgverzekeraar wordt gesteld, zijn de twee gedeclareerde nota's van het Acibadem ziekenhuis niet een originele nota en een vertaling hiervan, maar twee aparte nota's, die beide door hem zijn betaald. Verzoeker benadrukt dat hij het ziekenhuis niet heeft verzocht om een vertaling van de nota of om één van de nota's in Amerikaanse dollars uit te schrijven. De medewerker van het ziekenhuis heeft destijds hierop aangedrongen. Verzoeker heeft daarom bij een wisselkantoor Amerikaanse dollars moeten wisselen om de factuur te kunnen betalen.

Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar hem misleidende en onjuiste informatie verstrekt. De zorgverzekeraar had namelijk in eerste instantie gesteld dat een agent was langs geweest bij het ziekenhuis. Vervolgens is gesteld dat er telefonisch contact was geweest tussen de agent en het ziekenhuis. Uiteindelijk bleek dat het contact per mail had plaatsgevonden. Verzoeker vindt dit opmerkelijk, omdat de betreffende medewerker thuis werkte en geen inzage had in zijn dossier. Verzoeker heeft zelf contact opgenomen met het ziekenhuis, en hem is toen verteld dat de gegevens met betrekking tot zijn behandeling niet zijn geraadpleegd door de zorgverzekeraar. De informatie die aan de zorgverzekeraar is verstrekt, betreft dan ook algemene informatie en heeft geen betrekking op de specifieke situatie van verzoeker.

Ten aanzien van de identieke factuurnummers merkt verzoeker op dat het gaat om acties binnen één behandeling. Daarom hebben beide nota's van het Acibadem ziekenhuis hetzelfde factuurnummer. Dit betekent dus niet dat het twee versies zijn van dezelfde nota. Dit blijkt ook uit de op de nota's gegeven omschrijvingen. Bovendien is op de in het Engels opgemaakte nota duidelijk vermeld dat het bedrag dat op die nota staat in dollars is betaald.

Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar handelt in strijd met artikel 19 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), inzake het beginsel van hoor en wederhoor. De zorgverzekeraar heeft hem tijdens het onderzoek niet in de gelegenheid gesteld aanvullende opmerkingen te maken en verzoeken te doen. Het beginsel van hoor en wederhoor geldt ook voor de bewijsvoering. *"Indien de ene partij bewijs voor zijn stellingen heeft geleverd, mag de wederpartij in beginsel tegenbewijs leveren. Partijen mogen bewijs leveren door middel van een deskundigenbericht. Omdat een deskundigenbericht wordt gelast op grond van de wet en dit geldt als bewijsmiddel, moet het voldoen aan de wettelijke vereisten die gelden voor bewijsmiddelen in een gerechtelijke procedure."* Ook heeft de zorgverzekeraar zijn bewijsvoering niet met verzoeker gedeeld, hetgeen verplicht is op grond van artikel 19 Rv.

Daarnaast heeft de zorgverzekeraar verzoeker naar aanleiding van zijn onderzoek onterecht aangemerkt als fraudeur. Dit is volgens verzoeker in strijd met artikel 198, tweede lid, Rv.

- 6.3. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat sprake is van vier ziekenhuisnota's. Hij had geen andere keuze dan deze te voldoen. Na binnenkomst in het ziekenhuis, en voordat hij weer vertrok, moest hij betalen. Zonder betaling mocht hij het ziekenhuis niet verlaten.

Verzoeker heeft ter aanvulling aangevoerd dat hij het opmerkelijk vindt dat door de zorgverzekeraar nu wel wordt toegegeven dat er niemand is langs geweest in het ziekenhuis. Als hij zelf zoiets doet, wordt hij meteen beschuldigd van fraude. Verzoeker merkt op dat het contact tussen de onderzoeker en het ziekenhuis niet meer is geweest dan een vraag en antwoord per e-mail. Uit niets blijkt dat de beantwoording betrekking heeft op zijn dossier. Zoals eerder is opgemerkt, is door het ziekenhuis alleen algemene informatie gegeven.

- 6.4. Verzoeker heeft op 13 februari 2022 schriftelijk gereageerd op de brieven van de zorgverzekeraar van 17 november 2021 en 9 december 2021 en de hierbij gevoegde bijlagen. Hij benadrukt in zijn reactie dat hij aan beide ziekenhuizen zowel een bedrag in Turkse lira's als in Amerikaanse dollars heeft betaald. Op de nota van het Acibadem ziekenhuis staat zelfs *"this amount of the mentioned invoice had been recieved from the patient"*. Volgens de onderzoeker van de zorgverzekeraar is slechts één bedrag betaald, maar het ziekenhuis zelf zegt dat het totaal bedrag dat in Turkse liras is betaald gelijk is aan 2.916,25. Daarnaast is dus een bedrag in Amerikaanse dollars betaald.

Volgens verzoeker klopt de stelling van de zorgverzekeraar - dat volgens het American hospital eenmalig een bedrag is betaald van 1.093 Turkse lira's - niet. Hij heeft het American hospital op 24 november 2021 gevraagd of er informatie was opgevraagd. Het American hospital heeft hem per e-mail meegedeeld dat er geen gegevens waren opgevraagd door de zorgverzekeraar of een andere organisatie. Volgens verzoeker is hiermee bewezen dat de zorgverzekeraar heeft gelogen; op 17 november 2021 was immers nog geen informatie opgevraagd bij dit ziekenhuis. Daarnaast staat op de door de zorgverzekeraar overgelegde factuur niet vermeld dat verzoeker alleen het bedrag van 1.093 Turkse lira's heeft betaald.

Verzoeker benadrukt dat hij ten onrechte is beschuldigd.

#### *Standpunt zorgverzekeraar*

- 6.5. De zorgverzekeraar merkt op dat verzoeker vier nota's ter declaratie heeft ingediend van twee verschillende ziekenhuizen in Turkije. Voor beide ziekenhuizen geldt dat één nota is uitgeschreven in Turkse lira's en één in Amerikaanse dollars. Als de bedragen per ziekenhuis worden omgerekend naar euro's zijn deze nagenoeg gelijk. De zorgverzekeraar heeft daarom, met toestemming van verzoeker, een agent opdracht gegeven de nota's van het Acibadem ziekenhuis te onderzoeken. Het ziekenhuis heeft verklaard dat verzoeker aldaar is behandeld en dat de kosten zijn betaald in Turkse lira's. De twee nota's zijn geen aparte nota's, maar op verzoek van verzoeker is ook een nota in Amerikaanse dollars afgegeven. Op de originele Turkse nota staan meer kostenposten vermeld dan op de Engelse vertaling hiervan. Op de Turkse nota lijken de posten te zijn uitgesplitst, waar de vertaling beknopter is. De factuurnummers komen echter duidelijk overeen, evenals het totaalbedrag.

De zorgverzekeraar heeft op basis hiervan geconcludeerd dat verzoeker heeft getracht hem financieel te benadelen.

Het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering is hier niet van toepassing. Dit wetboek geeft regels voor een procedure bij de rechter en niet voor het fraudeonderzoek van de zorgverzekeraar. Handelen in strijd met in dit wetboek neergelegde regels is in de onderzoeksfase dan ook niet mogelijk.

- 6.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij niet twijfelt dat er zorg is genoten in Turkije en dat de nota's echt zijn. Wat echter opvalt, is dat de nota's zijn opgemaakt in verschillende valuta. Hierdoor is het vermoeden gerezen dat sprake is van twee nota's en de vertalingen hiervan. Daarom is een onderzoek gestart.

Door Covid-19 was het inderdaad niet mogelijk voor de onderzoeker ter plaatse om zelf langs te gaan bij het ziekenhuis. Om die reden heeft er op afstand contact plaatsgevonden tussen de onderzoeker en een medewerker van het ziekenhuis. Een en ander heeft ook geresulteerd in het e-mailbericht van 28 februari 2020.

Verder geldt dat de zorgverzekeraar regelmatig nota's van Turkse ziekenhuizen verwerkt. Het is nog nooit voorgekomen dat een patiënt bij binnenkomst gelijk een bedrag moest betalen. De stelling van verzoeker komt de zorgverzekeraar dan ook niet aannemelijk voor.

- 6.7. De zorgverzekeraar heeft op 17 november 2021 de aanvullende informatie van het Acibadem ziekenhuis aan de commissie gezonden, en op 9 december 2021 die van het American hospital. Het Acibadem ziekenhuis heeft bevestigd dat verzoeker eenmalig een bedrag van 2.916,22 Turkse lira's heeft betaald. Omgerekend naar Amerikaanse dollars is dat een bedrag van 847,66. Op verzoek van verzoeker is hiervan een pro forma factuur opgemaakt. Naast een schriftelijke verklaring heeft het Acibadem ziekenhuis tevens voor beide valuta een kostenspecificatie in het Engels van het betaalde bedrag overgelegd. Ook hieruit blijkt dat het dezelfde behandeling betreft. Het American hospital heeft bevestigd dat verzoeker eenmalig een bedrag van 1.093,- Turkse lira's heeft betaald voor een consult en echografie.

#### *Overwegingen commissie*

- 6.8. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet om de verzekeraar te misleiden. Dit geldt - blijkens het slot van genoemde bepaling - alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid

is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.

- 6.9. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstreckende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van opzet tot misleiding.
- 6.10. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 6.11. Het voorgaande is in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel 20. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang. Verzoeker heeft van twee verschillende ziekenhuizen twee nota's ter declaratie ingediend. Voor beide ziekenhuizen geldt dat telkens één nota in het Turks is opgesteld en de Turkse lira's als valuta vermeldt, en dat de andere nota in het Engels is opgesteld met vermelding van Amerikaanse dollars als valuta.

De zorgverzekeraar heeft alleen onderzoek laten verrichten naar de twee gedeclareerde nota's van het Acibadem ziekenhuis. De nota's van dit ziekenhuis hebben hetzelfde factuurnummer. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoeker is niet, althans onvoldoende, bestreden, dat de bedragen in Turkse lira's en Amerikaanse dollars nagenoeg gelijk zijn op beide nota's. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. De commissie overweegt verder als volgt.

- 6.12. De nota van het Acibadem ziekenhuis die in het Engels is opgesteld en waarop het bedrag in Amerikaanse dollars is vermeld, lijkt een beknopte vertaling te zijn van de in het Turks opgestelde nota bedoeld voor de verzekering van betrokkene. De hierop vermelde kosten zijn namelijk, anders dan op de in het Turks opgestelde nota, zeer beperkt gespecificeerd. Dat sprake is van onderscheiden acties in het kader van één behandeling, zoals door verzoeker is betoogd ter verklaring van het identieke factuurnummer, is niet aannemelijk gemaakt en onwaarschijnlijk. Bovendien valt niet in te zien waarom delen van dezelfde behandeling anders worden gefactureerd en in verschillende valuta zouden moeten worden voldaan. Verzoeker heeft deze stelling niet deugdelijk onderbouwd. Evenmin heeft hij, hoewel dat als verzoeker in de onderhavige procedure wel op zijn weg had gelegen, nadere feiten gesteld waaruit de deugdelijkheid van zijn stellingen zou moeten blijken.

Op de Engelstalige nota staat het volgende vermeld: *"This document is to English of 26-11-2016 dated and 201342524 numbered invoice and prepared for international organizations. Payments that will be paid in Euro/ Dol[l]ar currency should be same a[s] the written amount in the invoice or Payments will be accepted due to exchange rate of Central Bank of the Republic of Turkey."* Ook hieruit blijkt dat de beide nota's op hetzelfde zien, en niet - zoals door verzoeker gesteld - op onderscheiden acties in het kader van één behandeling.

Verzoeker heeft nog aangevoerd dat op deze nota tevens is vermeld dat het bedrag in dollars is betaald, waarbij hij verwijst naar de volgende zin: *"The amount of the mentioned invoice had been received from the Patient. This amount can be reimbursed by the insurance company."* Anders dan verzoeker meent, is de commissie van oordeel dat deze zin op zich, zonder nadere feitelijke onderbouwing en/of toelichting, die ontbreekt, geen bewijs vormt voor de stelling van verzoeker dat deze de desbetreffende nota, naast de in het Turks opgestelde nota - die werd voldaan in Turkse lira's -, in Amerikaanse dollars heeft voldaan.

Bij dit alles moet ook de toelichting die door het ziekenhuis is gegeven worden betrokken. Uit deze toelichting blijkt duidelijk dat verzoeker aldaar op 26 november 2016 is behandeld. Voorts vermeldt het ziekenhuis dat "2916,22 TRY - 847,66 USD was charged", maar dat verzoeker heeft betaald in Turkse lira's. Daarnaast merkt het ziekenhuis op dat de beide nota's hetzelfde factuurnummer hebben en dus hetzelfde zijn. Dit strookt met de hiervoor aangehaalde Engelse tekst.

Voorts heeft het ziekenhuis op 15 november 2021 schriftelijk het volgende verklaard: "Regarding to the expenses he paid in total 2.916,25 t", waaruit niet anders valt af te leiden dan dat verzoeker niet anders dan - en dus alleen - het genoemde bedrag in Turkse lira's heeft betaald.

De commissie concludeert daarom dat sprake is van twee dezelfde nota's, een originele Turkse nota en de Engelse vertaling hiervan, die zien op dezelfde behandeling, met vermelding van de op dat moment toepasselijke wisselkoers in dollars, volgens opgave van de Turkse centrale bank. Gelet op de aanvullende informatie van het American hospital heeft hetzelfde te gelden voor de twee nota's van dit ziekenhuis.

- 6.13. Verzoeker heeft gesteld dat hij contact heeft gehad met het Acibadem ziekenhuis en dat hem is verteld dat zijn gegevens betreffende de behandeling niet zijn geraadpleegd door de zorgverzekeraar. Voor zover verzoeker doelt op zijn medisch dossier, is dit ook niet door de zorgverzekeraar gesteld. Er is door laatstgenoemde alleen navraag gedaan bij het Acibadem ziekenhuis naar de beide nota's en de betaling(en) die door verzoeker zijn verricht. In zijn brief van 13 februari 2022 voert verzoeker aan dat ook bij het American hospital geen informatie is opgevraagd door het ziekenhuis. In de door hem bijgevoegde e-mail schrijft het American hospital "Your medical records have not been shared ...". Dit betreft dus specifiek het medisch dossier van verzoeker. Uit het dossier blijkt ook niet dat de zorgverzekeraar heeft gesteld dat hij het medisch dossier van verzoeker heeft opgevraagd. Er is alleen navraag gedaan naar de door verzoeker betaalde kosten en een specificatie hiervan. Het is om deze reden dat ook deze argumenten van verzoeker niet slagen.
- 6.14. Verzoeker heeft tot slot aangevoerd dat de zorgverzekeraar niet conform de bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering heeft gehandeld. De commissie merkt in dit verband op dat genoemd wetboek in de onderhavige onderzoeksfase niet van toepassing is. Hiermee is echter niet gezegd dat de ziektekostenverzekeraar het beginsel van hoor en wederhoor buiten toepassing zou mogen laten. Hiervan is ook niet gebleken; verzoeker is voldoende in de gelegenheid gesteld te reageren op de bevindingen van de zorgverzekeraar. Dat verzoeker in dat kader geen bevredigende verklaring heeft gegeven voor de geconstateerde onregelmatigheden, doet niet af aan het feit dat van schending van voornoemd beginsel geen sprake is en hiervan ook niet anderszins is gebleken.
- 6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 maart 2022,

H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)



---

## 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.

- f als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over;
- g als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

#### 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 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 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee kijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.
- 14.3.3 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 kijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34 203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK) per 1 januari 2016 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetswijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

#### Artikel 15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

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

- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of

zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;

- c 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.

##### 15.2 Vergoeding van zorg in 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:

- a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- c 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.

##### 15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling 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

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

#### Artikel 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.

#### Artikel 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

- 17.1 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.

## Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

- 20.1 Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:
- onder valse voorwendselen;
  - op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

### 20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

### 20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

## Artikel 21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

### Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

### Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

### Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

### Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

### Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

### Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

### Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het

verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

### Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

### Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

### Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

### Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

### Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

### Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

### EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechoë, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

### Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de handhaving van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

### Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

### Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

### Generalistische Basis GGZ

Zorg voor mensen met een niet-complexe psychische stoornis. De betrokkenheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een verpleegkundig

zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 32 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### Artikel 29 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a een ziekenhuis;
- b een zelfstandig behandelcentrum of
- c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

#### De zorg bestaat uit:

- a medisch-specialistische zorg;
- b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

#### Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

#### Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.

- 2 Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 4 Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- 5 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

**Let op!** In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

#### Het gaat om de volgende artikelen:

- |            |  |
|------------|--|
| Artikel 8  | Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder  |
| Artikel 13 | Audiologisch centrum                                       |
| Artikel 17 | Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)                |
| Artikel 20 | Astmacentrum in Davos                                      |
| Artikel 21 | Erfelijkheidsonderzoek en –advisering                      |
| Artikel 22 | Mechanische beademing                                      |
| Artikel 23 | Thuisdialyse   |
| Artikel 24 | Transplantaties van organen en weefsels                    |
| Artikel 25 | Plastische chirurgie                                       |
| Artikel 26 | Revalidatie  |
| Artikel 30 | Bevalling en verloskundige zorg                            |
| Artikel 31 | IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc. |
| Artikel 33 | Oncologieonderzoek bij kinderen                            |
| Artikel 39 | Trombosedienst   |

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- b behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- c behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- d behandelingen met sterilisatie als doel;
- e behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- f behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### Selectieve contractering Basis Budget

**Let op!** Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## Zwanger (worden)/baby/kind

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### Artikel 30 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (30.1) en geen medische noodzaak (30.2).

#### 30.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen;
- het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### 30.2 Zonder medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per verblijfsdag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 238,- per dag (€ 119,- voor de moeder en € 119,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 238,- per dag uitkomt;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

### Artikel 31 In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie

U heeft recht op IVF (31.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (31.2), sperma invriezen (31.3) en eicelvitricatie (31.4).

#### 31.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

#### Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF-behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.

#### Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.