



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, Duitsland, tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten  
Zaak : Duitsland, ziektekostenverzekering, wijziging voorwaarden, vervallen dekking eigen bijdrage medisch-specialistische zorg  
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 7:940 BW  
Zaaknummer : 202001943  
Zittingsdatum : 17 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

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

tegen

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 30 november 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 februari 2021 aan verzoeker gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 maart 2021 respectievelijk 4 maart 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Optifit Internationaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en ONVZ Tandfit Module B. De verzekering ONVZ Tandfit Module B is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3.2. Verzoeker is al veertien jaar lang verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. In het verleden ontving hij op basis hiervan een vergoeding voor de kosten die volgens de Duitse ziektekostenverzekering voor zijn rekening bleven.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat eind november 2018 onvoldoende is gecommuniceerd dat de verplichte eigen bijdrage zoals die in het buitenland moet worden betaald, niet meer ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar besloten deze kosten tot en met 31 december 2019 alsnog aan zijn verzekerden te vergoeden.

3.4. Verzoeker is het niet eens met het laten vervallen van de betreffende vergoeding, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 29 juni 2020 en 28 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
- (i) de vervallen dekking voor huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg weer op te nemen in de aanvullende ziektekostenverzekering en
  - (ii) de reeds ingediende en nog openstaande declaraties te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar 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 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. Ook is hierin de relevante bepaling uit het BW opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij voorheen een vergoeding ontving voor de kosten die in verband met huisartsenzorg of medisch-specialistische zorg volgens de regels van de ziektekostenverzekering in zijn woonland (Duitsland) voor zijn rekening bleven. De ziektekostenverzekeraar heeft hem eind 2018 meegedeeld dat deze zogenoemde remgelden niet langer worden vergoed. Omdat de term 'remgelden' alleen in België wordt gehanteerd, en hierdoor mogelijk een misverstand is ontstaan, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 29 mei 2019 meegedeeld voor het jaar 2019 als voorheen een vergoeding te verlenen.

- 6.3. Verzoeker merkt op dat het bij remgelden gaat om de verplichte eigen bijdrage, zoals in Nederland het verplichte eigen risico. Voorheen vergoedde de ziektekostenverzekeraar echter vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering tevens de extra kosten die voor eigen rekening bleven. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gecommuniceerd dat ook deze kosten niet meer worden vergoed met ingang van 1 januari 2020. Pas halverwege 2020 bleek hem dat hiervoor eveneens geen vergoeding meer wordt verleend. De ziektekostenverzekeraar spreekt weliswaar over een 'coulancevergoeding', maar verzoeker heeft hiervoor jarenlang premie betaald. Het aanvullende pakket is hiermee zodanig uitgekleeft dat verzoeker van mening is dat de verzekering feitelijk eenzijdig is opgezegd. Hij kan zich niet met een andere verzekering bij de ziektekostenverzekeraar voor deze zorg verzekeren. Verzoeker voert aan dat het wettelijk gezien niet is toegestaan dat een zorgverzekering eenzijdig wordt stopgezet, dan wel dat personen hiervoor worden geweigerd vanwege bijvoorbeeld leeftijd of een verslechterde gezondheid. Dit volgt zowel uit de Zvw als uit artikel 7:940 BW.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar vergoedde tot en met 31 december 2018 de in het buitenland geldende eigen bijdragen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Met ingang van 1 januari 2019 is deze vergoeding vervallen. Omdat enkel was gecommuniceerd dat de 'remgelden' niet meer werden vergoed, en deze eigen bijdrage alleen in België geldt, heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 mei 2019 per brief aan zijn verzekerden meegedeeld de vergoeding te verlengen tot en met 31 december 2019. Per 1 januari 2020 is deze definitief vervallen.

6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft tot 1 januari 2020 uit coulance vaak niet alleen de wettelijke eigen bijdragen, maar ook de werkelijk voor eigen rekening van de verzekerden komende bedragen vergoed. Met het vervallen van het artikel over de wettelijke eigen bijdragen is ook deze coulanceregeling komen te vervallen. Dit houdt in dat deze kosten voortaan worden getoetst aan de hand van de voorwaarden. Huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg vallen niet onder de aanvullende ziektekostenverzekering, en voor deze kosten wordt dan ook geen vergoeding meer verleend.

#### Overwegingen

6.6. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Dit betreft een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst, waarop - anders dan verzoeker stelt - de relevante bepalingen van de Zvw niet van toepassing zijn. De ziektekostenverzekeraar is vrij bij de invulling van de voorwaarden van de verzekering en mag deze eenzijdig wijzigen. Artikel 7:940 BW bepaalt dat bij een wijziging ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de mogelijkheid moet worden geboden de verzekering op te zeggen.

6.7. Waar het de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden betreft overweegt de commissie als volgt. Tot en met 2018 was in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat een vergoeding werd verleend voor de verplichte eigen bijdrage als de verzekerde in België, Duitsland of Frankrijk woonde en daar volgens het sociale verzekeringsstelsel een ziektekostenverzekering voor hem van kracht was. Vergoeding vond plaats op basis van de afrekenstaten van de betreffende instellingen. Uit de voorwaarden volgt niet dat buiten deze eigen bijdrage destijds ook een vergoeding werd verleend voor – andere – werkelijke kosten die voor eigen rekening bleven. Kennelijk zijn deze in het verleden echter wel aan verzoeker vergoed.

6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft eind 2018 aan zijn verzekerden meegedeeld dat met ingang van 1 januari 2019 de 'remgelden' niet meer werden vergoed. Omdat dit onvolledige informatie was, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten tot en met 31 december 2019 een vergoeding te blijven verlenen voor de verplichte eigen bijdrage. Blijkbaar is toen ook de bestaande vergoeding voor de daadwerkelijk gemaakte kosten, anders dan de verplichte eigen bijdrage, voortgezet. Vast staat dat in de voorwaarden zoals die vanaf 1 januari 2020 gelden, geen vergoeding meer is opgenomen voor de verplichte eigen bijdrage. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker de onder 6.6 bedoelde opzegmogelijkheid niet is geboden.

6.9. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat hem in eerste instantie niet gewaar is geworden dat ook de vergoeding voor andere, voor zijn rekening blijvende kosten zou komen te vervallen. Hij kwam hier pas halverwege 2020 achter. De commissie oordeelt dat van meet af aan duidelijk is geweest dat de betreffende vergoeding was gebaseerd op een ruimhartige toepassing van de regeling inzake de eigen bijdrage in eerder genoemde landen. Van een mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat deze specifieke vergoeding voortaan aan verzoeker zou worden verleend in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden is niet gebleken. Dat de kosten werden vergoed was dan ook uitsluitend het gevolg van een bepaalde uitvoeringspraktijk, echter wel een uitvoeringspraktijk met betrekking tot het vervallen artikel in de verzekeringsvoorwaarden. Over die betreffende voorwaardenwijziging heeft de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden voldoende geïnformeerd zodat geen aanleiding bestaat hem te verplichten de onderhavige kosten na 1 januari 2020 te blijven vergoeden. Of verzoeker al dan niet de mogelijkheid heeft zich elders tegen de voor zijn rekening blijvende kosten te verzekeren, is in het kader van deze procedure niet relevant.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 maart 2021,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden
2. Wetgeving

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 7

---

### Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

## Artikel 6 Vaccinaties

ONVZ vergoedt de kosten van vaccinaties tegen hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, meningococconen en rabiës en van profylactische middelen ter voorkoming van malaria bij een reis vanuit uw woonland naar het buitenland, tot maximaal € 100,- per kalenderjaar.

## Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

ONVZ vergoedt tot tezamen maximaal € 500,- per kalenderjaar:

- de eigen bijdragen volgens het *Reglement Hulpmiddelen* van ONVZ;
- de kosten van een pruik die voor eigen rekening blijven doordat de maximale vergoeding volgens de ONVZ Basisfit Internationaal wordt overschreden, met een maximum van € 150,- per kalenderjaar.

Het reglement kunt u raadplegen op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) of aanvragen bij het ONVZ Service Center.

## Artikel 8 Eigen bijdragen in België, Duitsland of Frankrijk

ONVZ vergoedt de verplichte eigen bijdragen als u in België, Duitsland of Frankrijk woont en daar volgens het sociale verzekeringsstelsel een ziektekostenverzekering voor u van kracht is. Vergoeding vindt plaats op basis van de afrekenstaten van de betreffende instellingen.

## Artikel 9 Huishoudelijke hulp in natura voor in Nederland wonende verzekerden

ONVZ vergoedt de kosten van huishoudelijke hulp voor maximaal negen uren als:

- u 18 jaar of ouder bent,
- de hulp direct aansluit op een ziekenhuisopname van minimaal vier dagen,
- de hulp zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op de dag van ontslag is aangevraagd bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C), en
- de ONVZ ZorgConsulent de huishoudelijke hulp regelt.

## Artikel 10 Vervangende mantelzorg voor in Nederland wonende verzekerden

Voor in Nederland wonende verzekerden worden de kosten vergoed van vervangende mantelzorg bij afwezigheid van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde, om medische reden of vakantie, gedurende maximaal acht dagen per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland 'Handen-in-Huis' en vooraf worden bemiddeld door de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

## Artikel 11 Overige hulpmiddelen

### lid 1 Brillen/contactlenzen/geïmplanteerde lenzen/ooglaseren

ONVZ vergoedt de kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen inclusief montuur of versterkende/corrigerende contactlenzen, geïmplanteerde lenzen met visuscorrigerende werking of ooglaserbehandeling tezamen tot maximaal € 175,- per twee opeenvolgende kalenderjaren. Bij een vergoeding wordt afgetrokken wat is vergoed in het vorige kalenderjaar. Voor de maximale vergoeding in dit jaar telt de vergoeding in het vorige kalenderjaar mee. Wij vergoeden dus nooit meer dan de maximale vergoeding min de vergoeding in het vorige jaar.

### lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood

ONVZ vergoedt de kosten van huur of bruikleen van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, op verwijzing van de behandelend arts en als ONVZ toestemming vooraf heeft verleend. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).



# ONVZ Optifit

## Internationaal 2019

### Inhoudsopgave

#### Deel B Omvang Dekking

Artikel 1	Geboortezorg bij een bevalling in Nederland	47
Artikel 2	Paramedische zorg en sportarts	47
Artikel 3	Eerstelijns psychologische zorg	48
Artikel 4	Farmaceutische zorg	48
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	48
Artikel 6	Vaccinaties	49
Artikel 7	Eigen bijdragen hulpmiddelen	49
Artikel 8	Huishoudelijke hulp in natura voor in Nederland wonende verzekerden	49
Artikel 9	Vervangende mantelzorg voor in Nederland wonende verzekerden	49
Artikel 10	Overige hulpmiddelen	49
Artikel 11	Bijzondere behandelingen/therapieën	50
Artikel 12	Verblijfkosten	51
Artikel 13	Ziekenvervoer	52
Artikel 14	Mondzorg	52
Artikel 15	Preventieve zorg	52
Artikel 16	Buitenland	53
Artikel 17	ONVZ Zorgassistance	53

#### Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	55
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	55
ONVZ Zorgassistance	55
Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval	55
eHealth	55
Kraampakket	55
Huishoudelijke hulp in natura	55
Vervangende mantelzorg	56
Taxivervoer	56
Preventief medisch onderzoek	56
Zorgbemiddeling	56

# ONVZ Optifit

## Internationaal 2020

### Inhoudsopgave

#### Deel B Omvang Dekking

Artikel 1	Geboortezorg bij een bevalling in Nederland	46
Artikel 2	Paramedische zorg en sportarts	46
Artikel 3	Eerstelijns psychologische zorg	47
Artikel 4	Farmaceutische zorg	47
Artikel 5	Alternatieve geneeswijzen	47
Artikel 6	Vaccinaties	48
Artikel 7	Eigen bijdragen hulpmiddelen	48
Artikel 8	Overige hulpmiddelen	48
Artikel 9	Bijzondere behandelingen/therapieën	48
Artikel 10	Verblijfkosten	50
Artikel 11	Ziekenvervoer	50
Artikel 12	Mondzorg	50
Artikel 13	Preventieve zorg	51
Artikel 14	Buitenland	52
Artikel 15	ONVZ Zorgassistance	52

#### Deel C Zorgdiensten

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	53
Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg	53
ONVZ Zorgassistance	53
eHealth	53
Kraampakket	53
Taxivervoer	53
Preventief medisch onderzoek	53
Zorgbemiddeling	53