

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E
en F, beide te G
Zaak : Buitenlandpolis, vergoedingsregeling
Zaaknummer : 2013.00603
Zittingsdatum : 9 oktober 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te G en

2) F te G

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering Topfit Internationaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van door hem na 1 januari 2014 te maken medische kosten tot maximaal 200% van het Nederlandse tarief (hierna: de aanspraak).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 21 februari 2013 medegedeeld dat de ziektekostenverzekering een vergoeding kent van maximaal 100% van het Nederlandse wettelijke of marktconforme tarief, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering een aanvullende dekking biedt tot maximaal 200% van dit tarief ter zake van enkele specifieke vormen van zorg die zijn opgesomd in de bijbehorende voorwaarden.
- 3.3. Verzoeker heeft zich op 27 februari 2013 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten tot 1 januari 2014 de door verzoeker gemaakte en te maken medische kosten tot maximaal 200% van het Nederlandse tarief te vergoeden.
- 3.5. Bij brief van 15 juli 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Ziektekostenverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar

gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 september 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 september 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 september 2013 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker is op 9 oktober 2013 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. In 2008 is verzoeker naar Libanon geëmigreerd en heeft hij de ziektekostenverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Hierbij was verzoeker in de veronderstelling dat de ziektekostenverzekering een vergoeding van maximaal 100% van het Nederlandse wettelijke of marktconforme tarief verleent, en de aanvullende ziektekostenverzekering een aanvullende vergoeding tot maximaal 200% van dit tarief. Dit is hem destijds medegedeeld door de ziektekostenverzekeraar en door zijn tussenpersoon. De polisvoorwaarden zijn ontvangen, en hieruit was niet op te maken dat verzoekers veronderstelling niet juist was. Verzoeker heeft in 2011 nogmaals geïnformeerd naar de vergoedingsregeling. Via zijn tussenpersoon ontving verzoeker de mededeling dat de vergoeding inderdaad maximaal 200% bedraagt.
 - 4.2. Begin 2013 moest verzoeker een liesbreukoperatie ondergaan. Toen bleek dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding naar Nederlandse maatstaven, dat wil zeggen: maximaal 100% vergoeding van het Nederlandse tarief, verleent. Deze vergoeding was evenwel niet toereikend. Een en ander is besproken met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd verzoeker medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet zonder meer een vergoeding tot 200% verleent. De aanvullende vergoeding zou enkel gelden voor enkele specifieke vormen van zorg die zijn genoemd in de voorwaarden. Verzoeker was hierdoor verast. De medewerker gaf toe dat de eerder verstrekte informatie onjuist was, en bood zijn excuses aan. Tevens was hij, gelet op de gebrekkige communicatie, bereid de kosten van de liesbreukoperatie tot 200% te vergoeden.
 - 4.3. Het probleem is thans dat verzoeker onverwachts met hoge medische kosten kan worden geconfronteerd. Hij heeft vijf jaar in de veronderstelling geleefd dat hij goed was verzekerd, maar dit blijkt niet het geval. Verzoeker stelt dat de basis voor een vergoedingsregeling bij een internationale ziektekostenverzekering de kostprijs van zorg in het woonland moet zijn. De huidige vergoedingsregeling past niet bij het internationale karakter van de ziektekostenverzekering. Verzoeker verklaart dat het voor de ziektekostenverzekeraar eind 2007, bij het aanvragen van de ziektekostenverze-

kering, bekend was dat het ging om een internationale verzekering, aangezien verzoeker vanaf 1 januari 2008 in Libanon woonachtig zou zijn. Kennelijk zijn op die datum enkele wijzigingen in de voorwaarden gerealiseerd. Dit is echter nimmer duidelijk met verzoeker gecommuniceerd. Het voorgaande wordt geïllustreerd door het feit dat medewerkers van de ziektekostenverzekeraar tot medio 2011 niet op de hoogte waren van de wijzigingen. Waren deze wijzigingen wel gecommuniceerd, dan had verzoeker zeker actie ondernomen. Het is ondoenlijk om thans een andere verzekering af te sluiten, aangezien verzoeker op leeftijd is en diabetes heeft ontwikkeld.

- 4.4. Verzoeker verklaart dat hij met de kennis van nu, nooit in zee zou zijn gegaan met de ziektekostenverzekeraar. De verzekeringsvoorwaarden zijn onbegrijpelijk en de informatieverstrekking is slecht. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in een zeer lastige positie gebracht. De mogelijkheid een adequate verzekering tegen ziektekosten af te sluiten is hem ontnomen. Verzoeker verklaart geen bezwaar te hebben tegen een eventuele verhoging van de premie, mits de voorwaarden zoals die golden bij het aanvragen van de ziektekostenverzekering in acht worden genomen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker verklaard dat hij in december 2007 polisvoorwaarden heeft gezien. Welke dit precies waren weet hij niet meer, gelet op het feit dat dit ruim vijf jaar geleden is. In de daaropvolgende jaren zijn door hem polisvoorwaarden ontvangen. Verzoeker is echter een leek en heeft deze niet bestudeerd. Tot slot stelt verzoeker dat zijn tussenpersoon ook in 2007 al contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid is gesproken over de dekking, en is het percentage van 200 genoemd.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Tot 1 januari 2008 was het inderdaad zo geregeld dat, indien de ziektekostenverzekering dekking bood, vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, boven op hetgeen de ziektekostenverzekering ter zake uitkeerde, een vergoeding plaatsvond tot maximaal 100%.
- 5.2. Per 1 januari 2008 is deze dekking gewijzigd en geldt conform de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding van maximaal 200% van het Nederlandse wettelijke of marktconforme tarief voor zorg die is omschreven in de voorwaarden, tenzij een vergoedingsbedrag is aangegeven. Er is derhalve geen sprake meer van een aanvulling tot maximaal 100% op de ziektekostenverzekering.
- 5.3. Het is aannemelijk dat verzoeker in 2007 is geïnformeerd over de voorwaarden van de verzekeringen zoals die op dat moment golden, en dat hij met die verwachting de verzekeringen heeft afgesloten. Verzoeker werd gesterkt in deze gedachte toen hij op 22 maart 2011 een e-mailbericht van zijn tussenpersoon kreeg, met daarbij een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar, waarin stond dat hij recht had op een vergoeding van 100% van de kosten vanuit de ziektekostenverzekering en daarbovenop een vergoeding van 100% vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Zoals verzoeker heeft opgemerkt, is toegegeven dat deze informatie niet juist was, en zijn hem hiervoor excuses aangeboden. De kosten van de liesbreukoperatie zijn omwille hiervan uit coulance tot 200% van het Nederlandse tarief vergoed. De ziektekos-

tenverzekeraar merkt op dat eventuele complicaties onder de verleende vergoeding vallen. Dit was in 2007 ook al het geval.

- 5.4. Het is lastig te beoordelen of verzoeker onvoldoende is verzekerd. Totdat de kosten van de liesbreukoperatie werden gedeclareerd, had verzoeker naar tevredenheid vergoedingen ontvangen voor ingediende declaraties. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de ziektekostenverzekering niet is te vergelijken met de zorgverzekering in Nederland. De ziektekostenverzekering is een particuliere verzekering. De voorwaarden en de premie worden door de ziektekostenverzekeraar bepaald. Omdat de schadelast te hoog werd, zijn de voorwaarden per 1 januari 2008 aangepast. Anders dan verzoeker veronderstelt, betreft het geen verzekering op maat, die is toegesneden op de situatie in het woonland. De kosten van zorg verschillen per land. Daarom is bepaald dat een vergoeding wordt verleend conform het Nederlands tarief.
- 5.5. Het is begrijpelijk dat verzoeker teleurgesteld is over de gang van zaken, en dat hij een garantie wenst dat de zorg die hij betreft in Libanon tot maximaal 200% van het Nederlands tarief wordt vergoed. Hierop kan echter niet worden ingegaan. De ziektekostenverzekeraar is wel bereid verzoeker tot 1 januari 2014 deze garantie te bieden.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 9 van "Deel A" van de ziektekostenverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 1 van de ziektekostenverzekering betreft de restitutiebasis. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"lid 1 De [naam ziektekostenverzekeraar] Basisfit Internationaal biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwali-teits)wetgeving.

lid 2 [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en [naam ziektekostenverzekeraar];*
- 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of*
- 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*

(...)"

- 8.3. In "Deel B" van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende bepaald:

"Als er volgens de Basisfit Internationaal of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de [naam ziektekostenverzekeraar] Topfit Internationaal een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisfit Internationaal of die andere zorgverzekering.

(...)

Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

[Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt de kosten van zorg en overige diensten als hierna omschreven in uw woonland volgens wettelijk vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen in dit land tot:

- maximaal 200% volgens de in Nederland wettelijke vastgestelde tarieven en prestaties of marktconforme bedragen voor dezelfde zorg en/of*
- het maximale in de onderstaande artikelen genoemde bedrag.*

Kosten van behandelingen ondergaan in Nederland worden echter vergoed tot maximaal 100% van het geldende Nederlandse wettelijke of marktconform bedrag."

- 8.4. Artikel 6:217 lid 1 Bw luidt:

"Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft eind 2007 een aanvraag gedaan voor de ziektekostenverzekering, die door de ziektekostenverzekeraar is aanvaard. Derhalve is met ingang van 1 januari 2008 tussen partijen een overeenkomst tot stand gekomen, waarop de op dat moment geldende verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker van die voorwaarden geen kennis heeft kunnen nemen. Integendeel, verzoeker heeft ter zitting verklaard dat hij de polisvoorwaarden in december 2007 heeft gezien.
- 9.2. Verzoeker heeft ook in de jaren na 2008 kennis kunnen nemen van de – met ingang van dat jaar gewijzigde – verzekeringsvoorwaarden. Kennelijk heeft hij dit niet gedaan, hoewel deze verzekeringsvoorwaarden volgens zijn verklaring door hem zijn ontvangen.
- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij eerst begin 2013 bekend werd met het feit dat de vergoeding voor kosten van zorg, betrokken in het woonland, maximaal 100% van het Nederlands tarief bedraagt, en dat eventueel ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering een aanvullende vergoeding tot maximaal 200% van dit tarief wordt toegekend voor enkele specifieke vormen van zorg. Hiertegen is verzoeker opgekomen, en thans wenst hij een garantie van de ziektekostenverzekeraar dat kosten van zorg, betrokken in zijn woonland, zonder meer tot maximaal 200% van het Nederlands tarief worden vergoed.
- 9.4. Gelet op hetgeen onder 9.1 en 9.2 is overwogen, volgt de commissie verzoeker niet in zijn betoog. Zowel bij het aangaan van de overeenkomst eind 2007 als in de daaropvolgende jaren, had verzoeker aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden kunnen nagaan dat de kosten van zorg, betrokken in zijn woonland, niet zonder meer tot

maximaal 200% van het Nederlands tarief zouden worden vergoed. Het stond verzoeker vrij de verzekering telkens per ultimo van het jaar op te zeggen indien hij zich niet kon vinden in deze voorwaarden. Dit heeft hij echter niet gedaan.

- 9.5. Het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 22 maart 2011 maakt het voorgaande niet anders. Door de tussenpersoon van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding van kosten van zorg betrokken in Libanon. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar gereageerd met de mededeling dat de ziektekostenverzekering een vergoeding biedt tot "*maximaal het in Nederland geldende wettelijke of marktconforme bedrag*", en dat de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding biedt van "*100% van de kosten zoals aangegeven in de polisvoorwaarden*". Door de tussenpersoon van verzoeker is dit bericht aldus verwoord dat de totale vergoeding in alle gevallen en zonder meer maximaal 200% bedraagt. De ziektekostenverzekeraar heeft de tussenpersoon van verzoeker correct geïnformeerd, aangezien in het antwoord duidelijk is verwezen naar de voorwaarden. De "vertaling" van de tussenpersoon is niet volledig, waardoor mogelijk een misverstand is ontstaan. Dit kan de ziektekostenverzekeraar niet worden aangerekend.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2013,

Voorzitter