



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, zorg voor vrouwen in de overgang, uitleg  
polisvoorwaarden, looptijd verzekering  
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019  
Zaaknummer : 201900605  
Zittingsdatum : 6 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij e-mailbericht van 9 april 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. In deze brief heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij het heel vervelend vindt dat verzoekster zich niet gehoord voelt. Verzoekster heeft in 2016 de vergoeding voor kosten van 'Zorg voor vrouwen in de overgang' ontvangen. Omdat dit al enkele jaren geleden is, kan de ziektekostenverzekeraar zich voorstellen dat verzoekster over het hoofd heeft gezien dat zij de maximale vergoeding al had gekregen. De ziektekostenverzekeraar komt verzoekster daarom tegemoet en vergoedt alsnog, eenmalig, het bedrag van € 68,50 voor zorg door een overgangsconsulente aan verzoekster.

Een afschrift van deze brief is op 16 juli 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 november 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Zorg 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 1 zijn niet in geschil en blijven daarom onbesproken.

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 februari 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de gedeclareerde nota voor zorg door een overgangsconsulente van Care for Women Advies, ten bedrage van € 110,08 niet wordt vergoed.

3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 27 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

4. Het geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde nota alsnog moet vergoeden conform de polisvoorwaarden;
- (ii) zij per kalenderjaar aanspraak heeft op vier consulten vanwege 'Zorg voor vrouwen in de overgang'.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling


6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


6.2. Verzoekster is van mening dat zij per kalenderjaar aanspraak heeft op vier consulten vanwege 'Zorg voor vrouwen in de overgang'. De aanvullende ziektekostenverzekering loopt volgens haar per kalenderjaar. Ieder jaar wordt de aanvullende ziektekostenverzekering immers herzien en wordt de premie opnieuw vastgesteld. Ook de vergoedingen waarop aanspraak bestaat, gelden doorgaans per kalenderjaar. Voor zorg verleend door een overgangsconsulente geldt echter een maximum van vier consulten voor de gehele looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster vindt dit vreemd.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat er een verschil is tussen een vergoeding per kalenderjaar en gedurende de looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering. De looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering is onbepaald. Als deze niet vóór 1 januari van enig jaar wordt opgezegd, vindt automatisch verlenging plaats. De aanvullende ziektekostenverzekering loopt dus door vanaf het afsluiten ervan. Er bestaat volgens de ziektekostenverzekeraar een duidelijk verschil tussen een vergoeding die per kalenderjaar geldt, en een vergoeding die betrekking heeft op de looptijd van de verzekering. Verzoekster heeft in 2016 vier keer een vergoeding ontvangen voor consulten bij Care for Women. Hierdoor is de maximale vergoeding voor 'Zorg voor vrouwen in de overgang' ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering bereikt.

6.4. De commissie overweegt dat in artikel 6.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin zij is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van één kalenderjaar, tenzij de verzekering vóór 1 januari wordt opgezegd. Er is dus, anders dan door verzoekster is aangevoerd, geen sprake van een nieuwe verzekering bij aanvang van ieder kalenderjaar, maar van een doorlopende verzekering. Hieruit volgt dat het begrip 'looptijd' geen betrekking kan hebben op één kalenderjaar, en dat dit ziet op de gehele verzekerde periode.




6.5. In artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op 'Zorg voor vrouwen in de overgang' opgenomen. Hierin is bepaald dat aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 75,- per consult tot maximaal vier consulten voor de gehele looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering.



Omdat sprake van een doorlopende verzekering. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van maximaal vier consulten per kalenderjaar, zoals door haar is gesteld.




Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn in 2016 reeds vier consulten aan verzoekster vergoed. Verzoekster heeft dit niet weersproken. De commissie concludeert dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van het consult van 5 februari 2019. Dat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten de kosten van dit consult, bij wijze van tegemoetkoming, alsnog te vergoeden, maakt het voorgaande niet anders.



6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 november 2019,



mr. L. Ritzema



## Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

### 6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin deze aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

### 6.2. Acceptatie

#### 6.2.1. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar sluiten.

#### 6.2.2. Medische selectie

Voor de aanvullende verzekering(en) geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie.

#### 6.2.3. Gezinsdekking

Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering en pakket naar keuze afsluiten. Verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar krijgen het hoogst verzekerde pakket van de verzekerde ouder(s)/verzorger(s) op de polis.

#### 6.2.4. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1., 6.2.2. en 6.2.3. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2019 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2019. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen IZA. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

### 6.3. Einde van rechtswege

#### 6.3.1. De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet van de verzekerde eindigt;
- de verzekerde geen deel meer uitmaakt van het gezin van de verzekeringnemer. Vanaf deze dag bieden wij u een passende individuele aanvullende verzekering aan;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

### 6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

#### 6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

#### Bijzonderheden

Lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis zijn opgenomen in de zorgverzekering.

## Artikel 13. Stottertherapie

#### Omschrijving

Vergoeding van de kosten van stottertherapie volgens de methode BOMA, Del Ferro of Hausdörfer voor verzekerden van 7 jaar en ouder. De vergoeding is voor de behandeling en het verblijf samen.

#### Wie mag de zorg verlenen

Therapeut die werkt volgens de methode Del Ferro, BOMA of Hausdörfer.

#### Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 250 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 2	Maximaal € 350 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 3	Maximaal € 750 per kalenderjaar
IZA Extra Zorg 4	Maximaal € 750 per kalenderjaar

#### Bijzonderheden

Stottertherapie is opgenomen in de zorgverzekering als onderdeel van logopedie.

## Artikel 14. Zorg voor vrouwen in de overgang

#### Omschrijving

Vergoeding van de kosten van voorlichting aan en advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

#### Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

#### Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Maximaal € 75 per consult tot maximaal 4 consulten voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
IZA Extra Zorg 2	
IZA Extra Zorg 3	
IZA Extra Zorg 4	

## BEVALLING EN KRAAMZORG

## Artikel 15. Kraampakket

#### Omschrijving

Een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via IZA Kraamzorg. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

#### Vergoeding

IZA Extra Zorg 1	Het IZA Kraampakket
IZA Extra Zorg 2	Het IZA Kraampakket
IZA Extra Zorg 3	Het IZA Kraampakket
IZA Extra Zorg 4	Het IZA Kraampakket