



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen D en E, beide te F
Zaak : Mondzorg, eigen risico, aanvullende ziektekostenverzekering, vergoeding
Zaaknummer : 201400612
Zittingsdatum : 1 oktober 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19-22 Zvw, 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, bieden te C,
tegen

- 1) D te F, en
 - 2) E te F,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam label ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandBeter 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). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering ZorgGoed is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 februari 2014 een bedrag van € 308,60 bij verzoekster in rekening gebracht, zijnde het verplicht eigen risico 2013 in verband met een kaakchirurgische behandeling en röntgenonderzoek.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 15 juni 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een vergoeding van € 250,- te verlenen voor de kaakchirurgische behandeling en het röntgenonderzoek, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 augustus 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 september 2014 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is door haar tandarts doorverwezen naar de kaakchirurg voor het verwijderen van haar verstandskiezen. Het verwijderen van verstandskiezen is - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - geen gecompliceerde extractie. Op 31 december 2013 heeft de eerste kaakchirurgische behandeling plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze behandeling vergoed ten laste van de zorgverzekering en het verplicht eigen risico bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster komt hier tegen op, stellende dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor de onderhavige tandheelkundige behandelingen. Daarom had aan haar op grond van die verzekering een vergoeding moeten worden verleend van € 250,--.
- 4.2. Volgens een medewerker van de ziektekostenverzekeraar wordt een kaakchirurgische behandeling die plaatsvindt in het ziekenhuis vergoed ten laste van de zorgverzekering, omdat alsdan sprake is van medisch specialistische zorg. Indien een kaakchirurgische behandeling plaatsvindt in een tandartspraktijk, wordt een (gedeeltelijke) vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering verleend. Verzoekster stelt dat deze zienswijze niet logischerwijs volgt uit de polisvoorwaarden. In de aanvullende ziektekostenverzekering is namelijk bepaald dat tandheelkundige behandelingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist. Over de plaats waar de behandelingen dienen te worden uitgevoerd is niets geregeld. Dat een tandheelkundige behandeling door een kaakchirurg, uitgevoerd in een ziekenhuis, wordt aangemerkt als medisch specialistische zorg en dat dienovereenkomstig vergoeding wordt verleend ten laste van de zorgverzekering waarna verrekening plaatsvindt met het verplicht eigen risico, staat zodoende niet eenduidig in de polisvoorwaarden. Overigens zijn er in Nederland weinig tandartspraktijken waaraan een kaakchirurg is verbonden. Verzoekster is van mening dat sprake is van misleiding, aangezien de polisvoorwaarden onduidelijk zijn.
- 4.3. Verzoekster kan zich dan ook niet vinden in de uitleg die de ziektekostenverzekeraar geeft in zijn brief van 22 mei 2014 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat vergoeding tot een maximumbedrag plaatsvindt voor enkele normale tandheelkundige behandelingen, waaronder chirurgische ingrepen, die worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist. Twijfelachtig is volgens verzoekster of een kaakchirurgische behandeling wel onder een normale tandheelkundige behandeling kan worden geschaard. Bovendien worden in de aanvullende ziektekostenverzekering geen behandelingen genoemd die uitgezonderd zijn van vergoeding. Waarom de ziektekostenverzekeraar vermeldt dat de genoemde behandelingen niet allemaal mogen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist, is onduidelijk. Verzoekster weet dat er verschillende specialismen zijn. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar in voornoemde brief dat het feit dat in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de genoemde behandelingen onder de dekking van die verzekering kunnen vallen, niet uitsluit dat deze behandelingen in bepaalde situaties onder de dekking van de zorgverzekering kunnen vallen. Volgens verzoekster wordt hiermee erkend dat de voorwaarden onduidelijk zijn. De ziektekostenverzekeraar verschuilt zich voorts achter behandelcodes. Door de kaakchirurg zou een gecompliceerde extractie zijn gedeclareerd. Dit is echter onjuist omdat het verwijderen van verstandskiezen geen gecompliceerde extractie is. Bovendien kan van een verzekerde niet worden verwacht

dat hij (vooraf) weet welke codes worden gedeclareerd. Tot slot is de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat "*de voorwaarden op zichzelf voor een normaal geïnteresseerd persoon voldoende duidelijk zijn*" van een bedenkelijk niveau en getuigt deze niet van zorgvuldigheid en respect. Een excuus van de ziektekostenverzekeraar is op zijn plaats.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel 18.13 lid 5 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek. Een uitzondering wordt gemaakt voor een ongecompliceerde extractie. Voorts is in artikel 5 van de zorgverzekering geregeld dat indien de zorgkosten worden vergoed op basis van een wet, een regeling of een andere verzekering, de betreffende kosten niet op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van tandartskosten tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

5.2. Verzoekster is door haar tandarts verwezen naar de kaakchirurg voor een operatieve verwijdering van een aantal gebitselementen. De behandeling door de kaakchirurg in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden in 2013. De kaakchirurg heeft deze behandeling bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd door middel van de codes 234041, 239452 en 239455. Dit betreft een "operatieve verwijdering van een gebitselement of één of meerdere radices of een corpus aliënum per kaakhelft - met splijten van het mucoperiost". Daarnaast gaat het om kosten van röntgengebitsonderzoek.

De gedeclareerde behandeling is aan te merken als "chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek", in de zin van artikel 18.13 lid 5 eerste gedachtestreepje van de zorgverzekering. Er is geen sprake van een normale tandheelkundige behandeling, omdat verzoekster door haar tandarts is verwezen naar de kaakchirurg. De kaakchirurgische behandeling die verzoekster heeft ondergaan is geen ongecompliceerde extractie, maar valt onder specialistische zorg. De kosten zijn daarom terecht vergoed ten laste van de zorgverzekering, en verrekend met het eigen risico. Een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet mogelijk.

5.3. In artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat vergoeding tot een maximumbedrag plaatsvindt voor de genoemde normale tandheelkundige behandelingen, waaronder chirurgische ingrepen. Een dergelijke behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist. De in het betreffende artikel genoemde behandelingen kunnen echter niet allemaal door zowel een tandarts, kaakchirurg als mondhygiënist worden uitgevoerd; dit is immers in sommige gevallen niet toegestaan. Voor verzoekster moet dit duidelijk zijn geweest. Dat in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de daar genoemde behandelingen onder de dekking van die verzekering vallen, sluit niet uit dat deze behandelingen in bepaalde situaties zijn gedekt onder de zorgverzekering.

Nu de onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering is vergoed, valt deze niet onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit strookt ook met de bedoeling van de aanvullende ziektekostenverzekering om dekking te bieden voor chirurgische ingrepen die niet onder artikel 18.13 lid 5 eerste gedachtestreepje van de zorgverzekering vallen (de eenvoudige ingrepen).

5.4. De ziektekostenverzekeraar erkent dat op hem een bijzondere zorgplicht rust om in de polisvoorwaarden duidelijk te zijn, althans geen misverstanden te scheppen. Van twijfel over de betekenis van de polisvoorwaarden kan geen sprake zijn. Op zich zijn de voorwaarden voor een normaal geïnteresseerd persoon voldoende duidelijk, zodat aan de zorgplicht is voldaan. De term "normaal geïnteresseerd persoon" is niet als diskwalificatie van verzoekster bedoeld, maar als norm waaraan moet worden getoetst of een polisvoorwaarde duidelijk is. Indien verzoekster

zich door deze term negatief voelt aangesproken, biedt de ziektekostenverzekeraar hiervoor zijn verontschuldiging aan.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en artikel 5 van de "Algemene voorwaarden" aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar een vergoeding van € 250,- dient te verlenen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een mixpolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 20 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Lid 1 Algemeen

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of

c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus, ook indien zij werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde:

Onder mondzorg valt tevens verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering en schriftelijk behandelplan van de tandarts, kaakchirurg of medisch-specialist vereist.

(...)

*Lid 5 Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar
Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,
- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie. Voor chirurgische behandeling is toestemming van de zorgverzekeraar vooraf noodzakelijk;
(...)"*

- 8.4. Artikel 18.12 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

*"Lid 1
(...) Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.13. De tandarts kan hier als verwijzer optreden ingeval van kaakchirurgische behandelingen. (...)"*

- 8.5. In artikel 5 van de zorgverzekering is bepaald dat een verplicht eigen risico van € 350,- per kalenderjaar geldt voor kosten van zorg of overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen.

- 8.6. De artikelen 5, 18.12 en 18.13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv. Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van tandheelkundige behandelingen en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wat krijg je vergoed?
(...)
[naam aanvullende ziektekostenverzekering]
100%, tot een maximum van € 250 per kalenderjaar.*

Een vergoeding voor de volgende normale tandheelkundige behandelingen:

- (half)Jaarlijkse controle*
- Röntgenfoto*
- Gebitsreiniging*
- Plaatselijke verdoving*

- Vullen van gaatjes in tanden en kiezen
- Chirurgische ingrepen
- Wortelkanaalbehandeling

Een vergoeding (inclusief techniekkosten en arbeidsloon) voor de volgende overige tandheelkundige behandelingen:

- Uitneembare prothese (volledige prothese en overkappingprothese worden niet vergoed)
 - Plaatsen van kronen en bruggen
 - Herstel van tandvlees en gehemelte
 - Behandeling van kaakgewrichten
 - Kunstwortels (kunstwortels die nodig zijn om een prothese te bevestigen aan een ernstig versleten tandeloze kaak worden niet vergoed)
- (...)

Voorwaarden

- De tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.
 - Er is geen vergoeding voor:
 - o Kinderen tot 18 jaar
 - o Behandelingen die verband houden met orthodontie
 - o Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts
- (...)"

- 8.10. Artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de algemene voorwaarden, en luidt, voor zover hier van belang:

"Wanneer vergoeden we niet?

(...)

- Als je zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere verzekering al worden vergoed. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als je niet meer in aanmerking komt voor een andere regeling. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft een verstandskies laten verwijderen door de kaakchirurg in het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten hiervan vergoed ten laste van de zorgverzekering en verrekend met het verplicht eigen risico. Verzoekster vordert vergoeding van een bedrag van € 250,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.2. In artikel 18.13 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van - voor zover hier relevant - een ongecompliceerde extractie. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. In artikel 18.12 van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg opgenomen, waaronder mondzorg die wordt verleend door een kaakchirurg. De tandarts kan als verwijzer optreden ingeval van kaakchirurgische behandelingen.
- 9.3. Verzoekster is door haar tandarts verwezen naar de kaakchirurg. Voorts zijn door de kaakchirurg de kosten van een gecompliceerde extractie en röntgenonderzoek gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding hiervan de kosten vergoed op grond van artikel 18.13 van de zorgverzekering. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat een ongecompliceerde

extractie is uitgevoerd, zodat de uitzondering uit genoemd artikel van toepassing zou zijn, en geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering dient te worden verleend. De commissie volgt verzoekster niet in haar stelling. De verwijzing door de tandarts en de declaratie van de kaakchirurg wijzen immers op het tegendeel, terwijl verzoekster op geen enkele wijze heeft onderbouwd waarom sprake zou zijn van een ongecompliceerde extractie. Daarom heeft te gelden dat bij verzoekster een gecompliceerde extractie en röntgenonderzoek zijn uitgevoerd. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar terecht vergoed ten laste van de zorgverzekering. Indien verzoekster voorafgaand aan de behandeling duidelijkheid had willen verkrijgen aangaande de vergoeding van de kosten, had zij bij de kaakchirurg kunnen informeren naar de door deze in rekening te brengen tarieven, waarna zij op basis van die verkregen informatie de polisvoorwaarden had kunnen raadplegen en bij onduidelijkheid contact had kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar. Hiervan is echter niet gebleken.

- 9.4. Kaakchirurgische behandeling en röntgenonderzoek zijn niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zodat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 5 van de zorgverzekering terecht is overgegaan tot verrekening met het eigen risico.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. In artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering is evenwel bepaald dat indien zorgkosten op basis van een wet, regeling of andere verzekering worden vergoed, de zorgkosten pas op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed indien die andere vergoedingsregeling niet (meer) van toepassing is.

- 9.6. De kaakchirurgische behandeling en het röntgenonderzoek zijn naar het oordeel van de commissie (zie hierboven 9.3) terecht vergoed ten laste van de zorgverzekering, zodat sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering. De betreffende kosten zijn tot een bedrag van € 308,60 verrekend met het verplicht eigen risico. Dat voornoemd bedrag aan eigen risico niet-vergoede kosten zijn is een misvatting van verzoekster. De betreffende kosten zijn namelijk wel degelijk ten laste van de dekking van de zorgverzekering gebracht. Het enkele feit dat een deel van de nota niet tot uitkering is gekomen is hierbij niet relevant. Zodra immers het eigen risico is volgemaakt - waarvoor de kosten die ten laste van de zorgverzekering komen meetellen, tenzij deze expliciet zijn uitgezonderd - komen alle volgende kosten, indien en voor zover onder de dekking vallend, voor vergoeding in aanmerking. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen bepaling opgenomen die aanspraak geeft op vergoeding van (een deel van) het eigen risico, voor zover vol gemaakt. Derhalve bestaat geen aanspraak op een (aanvullende) vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 oktober 2014,



Voorzitter

