

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500707

Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 11 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 28 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 7 augustus 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025016955) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 augustus 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 3 september 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 4 september 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Op 26 september 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 2 oktober 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 16 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 23 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 7 augustus 2025 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie vragen gesteld. Bij brief van 10 november 2025 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 november 2025 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. op 27 november 2025 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 4 december 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Van de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is op 7 februari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een reductie van de labia majora – minora (hierna: labiacorrectie).
- 2.3. Bij brief van 14 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde behandeling.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Bij ongedateerde brief heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 2.5. Bij brief van 7 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 10 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog toestemming te verlenen voor een labiacorrectie ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij brief van 14 maart 2025 en e-mailbericht van 11 april 2025 heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis, zoals bedoeld in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard', opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), hierna: (VAV-werkwijzer). De klachten van verzoekster zijn serieus en voldoen aan hetgeen is beschreven in de VAV-Werkwijzer. Zij kampt al langere tijd met pijnklachten en functionele beperkingen als gevolg van haar vergrote schaamlippen. Deze klachten zijn niet incidenteel, maar structureel, en leiden tot medische en psychische belasting. Verzoekster ervaart voortdurend een schrijnende branderige pijn, zelfs wanneer zij in rust is. Dit betekent dat de pijnklachten niet alleen optreden bij druk, wrijving of belasting, maar ook spontaan. Daarnaast ontstaan er door de constante wrijving regelmatig kleine wondjes en huidirritaties. Dit brengt een verhoogd risico op infecties en pijnlijke littekens met zich. Verder is sprake van beperkingen bij het normaal functioneren. Langdurig zitten veroorzaakt hevige pijn en ongemak. Dit beperkt verzoekster in haar dagelijks functioneren. Ook ervaart zij pijn bij wandelen, fietsen en vooral paardrijden. De pijn belemmert verzoekster in het uitvoeren van deze activiteiten, die essentieel zijn voor haar lichamelijke gezondheid en mentale welzijn. De situatie brengt ook hygiënische en medische risico's met zich. De structurele irritatie en de ontstekingen maken het moeilijk om een goede hygiëne te handhaven en dit verhoogt het risico op infecties. De klachten beperken het lichamelijk functioneren van verzoekster, waardoor zij zich steeds meer terugtrekt uit sport- en sociale activiteiten. Dit heeft niet alleen fysieke, maar ook psychologische gevolgen.

- 3.3. Verzoekster heeft een verklaring van 14 maart 2025 van haar huisarts overgelegd waarin het volgende wordt gesteld:

“Hierbij wil ik onderbouwen [w]aardoor ik denk dat er een medische indicatie is voor het verkleinen van de labia minora van patiënte.

Zij ondervindt continue pijn aan de schaamlippen bij zitten (in rust) maar ook in versterkte mate bij sporten omdat de schaamlippen dan langs ondergoed schuren. De pijn van de labia is echter ook aanwezig bij rustig zitten zonder beweging. Daarbij geregeld last van wondjes bij de labia. Tevens ook moeite om de labia goed schoon te houden, waardoor geregeld wondjes en kleine ontstekingen ontstaan aan de schaamlippen.

Bij onderzoek stel ik het volgende vast: normale labia majora, maar zeer grote labia minora die sterk prononceren. Kleine schuurwondjes op de labia minora met kloofvorming. Labia minora zien er ook erg rood en geïrriteerd uit.

Graag uw (her)overweging om op medische indicatie een verkleinende correctie m.b.t. de labia minora te vergoeden”.

Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte voorbijgaat aan de inhoud van deze verklaring. Hij stelt zonder heldere onderbouwing dat de klachten niet navolgbaar zijn.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat de labiacorrectie inmiddels heeft plaatsgevonden. Deze behandeling was niet cosmetisch van aard. Bij verzoekster was sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de regelgeving. Verzoekster ondervond functionele beperkingen. Zij ervaaarde chronische schrijnende pijn, ook in rust, dus zonder belasting. Dit leidde regelmatig tot wondjes met een verhoogd risico op infecties. De klachten werden veroorzaakt door de grote schaamlippen en waren ook in rust aanwezig. De klachten waren structureel en ernstig. De overgelegde verklaring van de huisarts ondersteunt de objectiviteit. Er is duidelijk omschreven dat verzoekster in rust de genoemde klachten ervaaarde. Verzoekster heeft van alles geprobeerd; minder strakke kleding, ander ondergoed, en crèmes om te verzachten. Deze maatregelen gaven geen verlichting. Dit heeft verzoekster doen besluiten de labiacorrectie te laten uitvoeren. Deze was noodzakelijk.

Verminking was bij verzoekster niet aan de orde, maar er was wel sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De klachten werden veroorzaakt door de grote schaamlippen en waren ook in rust aanwezig.

Er is niet zomaar overgegaan tot deze ingrijpende behandeling. Verzoekster is eerder al bij een gynaecoloog geweest, namelijk twee jaren terug. De gynaecoloog heeft vastgesteld dat de labia de klachten veroorzaakten. De optie van een medische ingreep is besproken, maar gelet op de leeftijd had dit niet de voorkeur. Daarna is gestart met andere kleding en ondergoed en crèmes. Toen dit niet toereikend bleek te zijn, moest toch een behandeling plaatsvinden.

- 3.5. Bij bericht van 26 september 2025 heeft verzoekster aangevoerd dat is voldaan aan het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde criterium dat er sprake moet zijn van “pijnklachten door de schaamlippen zelf, zonder aanraking of belasting”. Dit blijkt uit de verklaring van de huisarts van 14 maart 2025. Daarnaast was sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster ondervond ernstige beperkingen bij zitten, fietsen, lopen en paardrijden. Zij voldeed dus zowel aan het criterium “pijn in rust” als aan het criterium “ongemak bij bewegen”. Verzoekster heeft het volledige conservatieve traject gevolgd dat de gynaecoloog op 31 augustus 2023 heeft geadviseerd, namelijk het gebruik van lanettecrème, ander ondergoed en het laten groeien van schaamhaar. Pas na falen hiervan is de labiacorrectie operatie uitgevoerd. Verzoekster heeft een verslag van haar gynaecoloog overgelegd van 31 augustus 2023. Hieruit blijkt onder meer dat de klachten al vroeg bestonden en dat operatief ingrijpen toen niet is gekozen vanwege haar leeftijd.

Belangrijk is dat de klachten na de ingreep verdwenen zijn. Dit bevestigt dat deze rechtstreeks door de anatomie werden veroorzaakt. Dit is precies het scenario dat de wetgever voor ogen had bij het begrip “aantoonbare lichamelijke functiestoornis” in artikel 2.4 Besluit Zorgverzekering: een structureel, objectief vastgesteld probleem dat alleen door een correctieve ingreep kan worden verholpen.

- 3.6. Bij brief van 27 november 2025 heeft verzoekster gesteld dat tijdens de hoorzitting is vastgesteld dat verzekerde chronische pijnklachten had in rust, zonder aanraking of belasting. Dit blijkt ook uit de verklaring van de huisarts van 14 maart 2025. Bij definitief advies stelt het Zorginstituut dat pijn in rust kan worden veroorzaakt door schuren, verkeerd ondergoed, slechte hygiëne of irritatie. Deze alternatieven zijn in het geval van verzekerde echter volledig uitgesloten: de klachten traden ook op in perioden zonder sportactiviteit en met geschikt ondergoed. Omdat de pijn ook aanwezig was in volledige rust én aanhield ondanks het uitsluiten van externe prikkels (zoals kleding, wrijving en hygiëne), is een mechanische of irritatieve oorzaak medisch uitgesloten. Daarmee volgt uit de medische feiten dat de pijn in rust niet door externe factoren werd veroorzaakt, maar door de anatomie van de labia minora zelf. Dit voldoet volledig aan de gestelde voorwaarde, namelijk pijn door de labia minora zelf, zonder aanraking of belasting. Het Zorginstituut herleidt de klachten ten onrechte tot hypothetische scenario's zoals schuren of irritatie. Deze medische oorzaken zijn bij verzekerde uitdrukkelijk uitgesloten.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aangevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat niet is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor een behandeling van plastisch chirurgische aard. Bij de beoordeling van dergelijke aanvragen wordt de VAV-Werkwijzer ‘Beoordeling behandelingen plastisch chirurgische aard’ gehanteerd. In de VAV-Werkwijzer worden de vergoedingscriteria uitgelegd. Aan de hand van deze werkwijzer toetst de ziektekostenverzekeraar of de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Er is geen vergoeding mogelijk bij psychologische klachten of psychosociale problemen. Behandelingen van plastisch chirurgische aard komen voor vergoeding in aanmerking als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
Voor een labiacorrectie geldt dat er nooit sprake is van verminking. Dit komt omdat er geen normaalwaarden zijn vastgesteld voor de grootte en variatie van schaamlippen. Er is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als een verzekerde lijdt aan ernstige pijnklachten die in verband staan met de grootte van de schaamlippen. Voor het wegnemen van klachten zoals ongemak bij bewegen, pijn bij het fietsen of seksuele problemen, is een operatieve correctie niet medisch noodzakelijk. Alternatieven zoals het dragen van minder strakke kleding of manuele correctie kunnen deze klachten aanzienlijk verminderen.
- 4.2. In het geval van verzoekster is geen sprake van verminking en/of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis volgens de huidige wet- en regelgeving. Volgens de behandelend arts ervaart verzoekster terugkerende problemen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. De arts benoemt klachten tijdens het fietsen en paardrijden, en last van schuurplekken en wondjes. Pas als de pijnklachten worden veroorzaakt door de schaamlippen zelf, zonder aanraking of belasting, is een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aan de orde. De arts heeft aangegeven dat geen sprake is van verminking.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij zich niet op het standpunt stelt dat sprake is van een cosmetische ingreep. Er is een verschil tussen een indicatie die een arts stelt en de voorwaarden van de zorgverzekering. Het is duidelijk dat er echt iets aan de hand was en dat de arts de problemen kon verhelpen.

Een labiacorrectie is naar zijn aard een plastisch-chirurgische ingreep. Daarvoor zijn de voorwaarden streng. Bij een aanvraag voor een labiacorrectie wordt de aantoonbare lichamelijke functiestoornis zo strikt uitgelegd dat er zelfs na alle maatregelen nog in rust klachten moeten zijn. Dus ook als er geen strakke kleding wordt gedragen bijvoorbeeld. Het is medisch gezien moeilijk navolgbaar dat er bij verzoekster klachten zouden zijn die bij volledige rust aanwezig waren en die niet waren veroorzaakt door wrijving met (strakke) kleding. Dat zij chronische pijn had als zij niet zou fietsen, paardrijden en geen strakke kleding draagt, is niet aannemelijk.

Een labiacorrectie wordt zelden vergoed. De enige keer dat de ziektekostenverzekeraar heeft gezien dat een labiacorrectie voor vergoeding in aanmerking kwam, is bij chronische wondjes die niet op een andere manier kunnen worden verholpen dan met een ingreep. In de situatie van verzoekster zag de huisarts wel roodheid, maar alleen als er chronische wondjes en ontstekingen zijn en alle medische adviezen over bijvoorbeeld het schoonhouden van het gebied zijn opgevolgd, kan er misschien aan de voorwaarden zijn voldaan. In de verklaring heeft de huisarts het niet over chronische wondjes en ontstekingen.

Bij een labiacorrectie moet er worden gezocht naar een objectiveerbare situatie. Het uitproberen van alleen goed ondergoed is niet het enige, maar ook bijvoorbeeld zelfzorg bij wondjes. De huisarts en gynaecoloog moeten daarbij dan hulp bieden. Er blijkt niet uit de stukken dat alles is geprobeerd. Ook wat er in de aanvraag van de plastisch chirurg staat, leidt niet tot een ander oordeel. De kans dat dit een te objectiveren aantoonbare lichamelijke functiestoornis is, is zeer miniem.

De irritaties moeten direct samenhangen met de labia zelf en de grootte daarvan. Alles wat te maken heeft met wrijving is uitgesloten.

Er is niet navolgbaar of te objectiveren waaruit de klachten in rust bij verzoekster zouden kunnen bestaan. Verder moet het ook gaan om ernstige klachten die niet kunnen worden voorkomen en niet kunnen worden behandeld.

- 4.4. Bij brief van 16 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat uit de verklaring van de gynaecoloog van 31 augustus 2023 volgt dat sprake is van een normale anatomie en dat er geen reden is voor een labiumreductie. Dat er sprake is van klachten in rust, thans niet veroorzaakt door externe factoren, blijkt niet uit deze verklaring. Er wordt immers lanette vaseline crème en ander ondergoed voorgesteld.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat in de VAV-werkwijzer wordt aangegeven dat ‘ongemak bij bewegen’ als voorbeeld van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis wordt genoemd. Dit voorbeeld ziet echter op ongemakken die eenvoudig te verhelpen zijn en dus geen indicatie kunnen opleveren. In de VAV-Werkwijzer is het volgende opgenomen:

“Als voorbeelden van aantoonbare lichamelijke functiestoornis worden wel eens aangevoerd: het vormen van een urinereservoir, ongemak bij bewegen, en naar intravaginaal bewegen van een labium tijdens de coïtus. Deze ongemakken zijn eenvoudig te verhelpen door manuele correctie of minder strakke kleding. Samenvattend kan een lichamelijke functiestoornis doorgaans niet worden aangevoerd als reden voor aanspraak op een labiacorrectie/reductie.”

Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het enkele feit dat de operatie de klachten heeft verholpen, niet impliceert dat sprake is van een vergoedingsindicatie. Er is geen causaal verband aangetoond tussen de gestelde lichamelijke afwijking en de klachten. Bovendien kan niet worden uitgesloten dat de klachten (mede) zijn veroorzaakt door externe factoren, hetzij op het moment zelf, hetzij op een eerder tijdstip.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 7 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Verminking

Op [het] aanvraagformulier voor de machtiging [is] genoteerd dat er geen sprake is van verminking. Ook op basis van de medische informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat hier sprake van is. Er wordt bijvoorbeeld niet gesproken over een ziekte, ongeval of medische verrichting. Verzoekster voldoet daarom niet aan deze indicatievoorwaarde.

Aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Verzoekster ervaart klachten van pijn bij algemene dagelijkse bezigheden. Hoewel dit bijzonder hinderlijk kan zijn, is geen sprake van een lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in het Bzv. Verzoekster wordt in haar lichamelijke bewegingen niet direct beperkt door de labia minora. Daarnaast kunnen andere oplossingen, zoals ander ondergoed, de klachten mogelijk verminderen. Verzoekster voldoet dan ook niet aan deze indicatievoorwaarde.

Conclusie

Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een labiacorrectie van de labia minora, omdat geen sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een labiacorrectie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een labiacorrectie van de labia minora.”

- 5.2. In het definitief advies van 10 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U verzoekt in uw brief het Zorginstituut om in te gaan op de volgende twee vragen:

- *Verzoekster heeft chronische pijnklachten aan haar labium, zowel in ruste als bij het bewegen. Volgt uit de pijn aan de labia minora wanneer verzoekster in ruste is niet dat het de labia minora zelf zijn die de pijn veroorzaken? Dit los van schuren?*
- *Is er nu verzoekster chronische pijn(klachten) ervaart sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, veroorzaakt door haar labia minora?*

Chronische pijnklachten zijn geen lichamelijke functiestoornis zoals omschreven in VAV Werkwijzer. In de paragraaf over labiacorrectie is met betrekking tot een lichamelijke functiestoornis specifiek het volgende benoemd:

“Als voorbeelden van aantoonbare lichamelijke functiestoornis worden wel eens aangevoerd: (...) ongemak bij bewegen (...). Deze ongemakken zijn eenvoudig te verhelpen door manuele correctie of minder strakke kleding. Samenvattend kan een lichamelijke functiestoornis doorgaans niet worden aangevoerd als reden voor aanspraak op een labiacorrectie/reductie.”

Als door verkeerd ondergoed, slechte hygiëne of een andere reden de labia schuren bij (sport)activiteiten, bestaat de kans dat hierdoor de huid geïrriteerd raakt of dat er wondjes aan de labia ontstaan. Deze irritatie of wondjes kunnen daarna ook in rust nog klachten geven. Pijn aan de schaamlippen kan als hinderlijk worden ervaren, maar dit kan niet worden beschouwd als een lichamelijke functiestoornis in de zin van het Besluit zorgverzekering. Hierbij dient gedacht te

worden aan een verstoring van de activiteiten van het dagelijkse leven, zoals een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking, of verminderde doorgankelijkheid van de neus.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch chirurgische aard en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Namens verzoekster is een aanvraag ingediend voor een labiacorrectie. Het gaat hier om een behandeling van plastisch chirurgische aard. Plastische chirurgie kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als een verzekeringsindicatie bestaat. Hiervoor gelden voorwaarden. Deze voorwaarden staan in artikel 2.4, eerste lid, sub b, onderdelen 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
De onderdelen 3 tot en met 5 van artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv zijn in de situatie van verzoekster niet van toepassing. De commissie toetst daarom aan de onderdelen 1 en 2. Hierin zijn de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking opgenomen. Wat wordt bedoeld met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is uitgewerkt in de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’. Deze is opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV), hierna: (VAV-werkwijzer). De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gebruikt bij de beoordeling van aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 7.3. In de VAV-Werkwijzer is opgenomen dat de correctie/reductie van de labia minora niet onder de verzekerde zorg valt, tenzij sprake is van een (1) verminking door ziekte, ongeval of medische verrichting of (2) een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Ten aanzien van verminking is hierover opgenomen dat hiervan geen sprake kan zijn bij de labia, omdat hierin een enorme anatomische variatie bestaat. Ten aanzien van de aantoonbare lichamelijke functiestoornis is opgenomen dat als voorbeelden van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen wel eens worden aangevoerd: het vormen van een urinereservoir, ongemak bij bewegen, en naar intravaginaal bewegen van een labium tijdens de coïtus. Deze ongemakken zijn eenvoudig te verhelpen door manuele correctie of minder strakke kleding. Samenvattend kan een lichamelijke functiestoornis doorgaans niet worden aangevoerd als reden voor aanspraak op een labiacorrectie/reductie. Verder is in de VAV-Werkwijzer opgenomen dat functiestoornissen van psychische/sociale aard als gevolg van een lichamelijke afwijking vallen evenmin onder de verzekerde prestatie.
- 7.4. Volgens verzoekster dient de aangevraagde labiacorrectie te worden vergoed, omdat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de VAV-Werkwijzer. Zij ervaarde klachten die haar in het dagelijks leven beperken. Volgens verzoekster gaat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte voorbij aan de verklaring van de huisarts van 14 maart 2025 en het verslag van de gynaecoloog van 31 augustus 2023.

De commissie begrijpt dat verzoekster vervelende en hinderlijke klachten heeft en dat het voor haar belangrijk was om de behandeling te ondergaan. De commissie dient echter te beoordelen of de situatie van verzoekster voldoet aan de zeer strenge voorwaarden die in dit verband van toepassing zijn. Verder merkt de commissie op dat het feit dat er volgens een arts een medische indicatie is voor een behandeling, niet zonder meer betekent dat er ook een verzekeringsindicatie voor die behandeling bestaat en dat de kosten daarvan voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.

- 7.5. De commissie overweegt dat de aanvraag voor een machtiging d.d. 7 februari 2025 specifiek ziet op een reductie van de labia majora-minora. In zijn brief aan de medisch adviseur d.d. 14 maart 2025 verklaart de huisarts dat de labia majora van verzoekster normaal zijn, maar dat de labia minora sterk geprononceerd zijn, schuurwondjes met kloofvorming vertonen, en er erg rood en geïrriteerd uitzien. Desgevraagd heeft het Zorginstituut op 7 augustus 2025 een voorlopig advies aan de commissie uitgebracht. Hierin licht het Zorginstituut toe dat verzoekster, waar het de labia minora betreft, niet voldoet aan de verzekeringsindicatievoorwaarde aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster ervaart klachten van pijn bij algemene dagelijkse bezigheden. Hoewel dit bijzonder hinderlijk kan zijn, is geen sprake van een lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in het Bzv. Verzoekster wordt in haar lichamelijke bewegingen niet direct beperkt door de labia minora. Daarnaast kunnen andere oplossingen de klachten mogelijk verminderen. Verder is op het aanvraagformulier voor de machtiging genoteerd dat geen sprake is van een verminking. Ook op basis van de medische informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat dit aan de orde is. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoekster niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van de aangevraagde labiacorrectie. Bij definitief advies van 10 november 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat chronische pijnklachten geen lichamelijke functiestoornis zijn zoals omschreven in de VAV-Werkwijzer. Pijn aan de schaamlippen kan als hinderlijk worden ervaren, maar dit kan niet worden beschouwd als een lichamelijke functiestoornis in de zin van het Bzv. Hierbij dient gedacht te worden aan een verstoring van de activiteiten van het dagelijkse leven, zoals een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking, of verminderde doorgankelijkheid van de neus.
- 7.6. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken en neemt deze over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde labiacorrectie ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 december 2025,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelingen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Wat is uw vergoeding?

- U bent 18 jaar of ouder: vergoeding van 100% voor skinvision.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen verplicht eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een huidplekje.

Wat zijn de voorwaarden?

- Het account van de app moet aan uw relatienummer zijn gekoppeld

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor plastische chirurgie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.

- U heeft verlamde of verslapte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgenderennetwerk.
- U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
- U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltlespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.
- U heeft een laserbehandeling van de huid nodig.
Hiervan is sprake bij (in het oog springende) verminking of bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden afwijkingen niet als zodanig gezien.
- U heeft een neuscorrectie nodig.
Hiervan is sprake bij een fors beperkte doorgankelijkheid van de neus die niet op een andere manier te behandelen is. Een correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als een opname nodig is, komt deze voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering
Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname moet er medische noodzaak zijn in verband met geneeskundige zorg
- De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen
De Werkwijzer is te vinden op vavolksgezondheid.nl onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Specialist ouderengeneeskunde
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant
- Jeugdarts
- Bedrijfsarts

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een behandeling die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN). Deze lijst staat op onze website

- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg. De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Liposuctie van de buik
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak
- Plaatsen of vervangen borstprothese
Als geen sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- De kosten van foto's die wij opvragen voor de aanvraag voor een akkoordverklaring

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Revalidatie (artikel B.4.6.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Revalidatie
Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg wordt verleend in de vorm van:
 - deeltijd- of dagbehandeling of
 - opname, als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname.

Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke, psychologische en revalidatietechnische aard. De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de medisch specialistische revalidatie. Revalidatiezorg wordt geleverd door een samenhangend, interdisciplinair team, waarbij onder intensieve samenwerking alle teamleden aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt werken. Het team is verbonden aan een instelling voor revalidatie.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor revalidatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruiksstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
 - de ingangsdatum van uw dienstverband;
 - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.