

# ANONIEM NIET-BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM CZ groep U.A. te Tilburg  
Zaak : Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering per 1 januari 2022, klassenverzekering  
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021  
Zaaknummer : 202101505  
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM CZ groep U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 augustus 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan: op 10 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 november 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft op 20 december 2021 - vooruitlopend op de hoorzitting - een schriftelijke reactie gegeven op de brief van de ziektekostenverzekeraar. Een kopie hiervan is op 20 december 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Over deze samenstelling zijn zij tijdens de zitting door de commissie mondeling geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering Klasse buitenland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juni 2021 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2022 beëindigt, omdat deze verzekering vanaf die datum niet meer door hem wordt aangeboden en uitgevoerd.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 12 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch en per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering na 1 januari 2022 voort te zetten, in ieder geval voor zover het de door verzoeker in België te maken zorgkosten betreft.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is, gezien artikel A.22 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, gelet op het toepasselijke reglement, een niet-bindend advies uit te brengen.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit niet-bindend advies. De bijlage maakt hiervan deel uit.

##### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker heeft de aanvullende ziektekostenverzekering al sinds 1995. Hij woonde destijds in België en heeft de verzekering aangehouden toen hij naar Spanje verhuisde zodat de kosten gedekt zijn in het geval hij in België in het ziekenhuis wordt opgenomen. Hij heeft gedurende de looptijd (ruim twintig jaar) nooit gebruik gemaakt van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker verwacht de aanvullende ziektekostenverzekering, gezien zijn leeftijd, in de toekomst nodig te hebben, en nu wordt deze door de ziektekostenverzekeraar beëindigd, zonder een alternatief te bieden. Bovendien is het gezien zijn leeftijd onmogelijk een vergelijkbare verzekering af te sluiten onder dezelfde voorwaarden.

Verzoeker was ervan overtuigd dat zijn aanvullende ziektekostenverzekering voor onbepaalde tijd was en dus alleen door hem kon worden opgezegd. Dit is gebruikelijk in het Belgische verzekeringsstelsel. Als hij destijds had geweten dat dit niet zo was bij deze verzekering, dan had hij een vergelijkbare verzekering in België afgesloten. Dat is nu niet meer mogelijk. Op enig moment is zijn contract voor onbepaalde tijd gewijzigd in een eenjarig contract dat jaarlijks werd verlengd. Dit is echter buiten medeweten en akkoord van verzoeker gebeurd.

Verzoeker vraagt zich af of dit zo wel mag. Hij heeft nergens gelezen dat de aanvullende ziektekostenverzekering zo maar kan worden beëindigd. Hij voelt zich misleid.

Verzoeker benadrukt dat het een aanvullende verzekering tegen ziektekosten betreft, en geen schadeverzekering, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld.

- 6.3. Verzoeker heeft ter zitting ter aanvulling aangevoerd dat als hij in België wordt opgenomen in een ziekenhuis, hij te maken krijgt met kosten die nu voor eigen rekening blijven. In België zijn er namelijk bij een opname wel kosten voor een klassenkamer. Daarnaast heeft verzoeker nooit de polisvoorwaarden gezien. Evenmin heeft verzoeker toegang tot de dossiers van destijds. Hij wil daarom een kopie van het contract en hij wil weten wat voor soort contract dat was en wanneer het is gewijzigd en op welke wijze. Verzoeker neemt aan dat er jurisprudentie is over de eenzijdige beëindiging van een klassenverzekering.

### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvullende ziektekostenverzekering, een klassenverzekering, met ingang van 1 januari 2022 te beëindigen. De klassenverzekering is een schadeverzekering, waarbij de verzekeraar bij een afgesproken schade de gedeclareerde kosten vergoedt. Zoals bij alle schadeverzekeringen worden de jaarlijks gedeclareerde kosten gedekt door de jaarlijks ontvangen premie. Een groot deel van de verzekerden heeft echter de klassenverzekering de afgelopen jaren beëindigd. Hierdoor dekt de premie niet langer de kosten die op deze verzekering worden gedeclareerd. Daarom is de ziektekostenverzekeraar genoodzaakt de verzekering te beëindigen met ingang van 1 januari 2022. Er wordt vanaf die datum geen klassenverzekering meer aangeboden en uitgevoerd door de ziektekostenverzekeraar.

Verzoeker is tijdig door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd over de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat geen sprake is van misleiding, zoals door verzoeker is gesteld. Gedurende de looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker premie hiervoor betaald en heeft de ziektekostenverzekeraar risico gelopen en dekking geboden voor dit risico. De ziektekostenverzekeraar hecht eraan dat de commissie zich hierover expliciet uitlaat.

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting ter aanvulling aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering steeds een looptijd had van 1 januari tot en met 31 december. Hierover is verzoeker geïnformeerd met het polisblad. Ook had hij de voorwaarden kunnen raadplegen. Daarnaast bestond jaarlijks de mogelijkheid voor verzoeker om de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen.

### Overwegingen commissie

- 6.6. Uit artikel A.6.5.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat deze door de ziektekostenverzekeraar kan worden beëindigd in het geval hij stopt met het aanbieden en uitvoeren van de verzekering. Betrokkenen dienen hierover ten minste zes maanden voor het moment van beëindiging te worden geïnformeerd.

Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2022 niet meer aanbiedt, en dat hij dan tevens stopt met het uitvoeren hiervan. Voorts staat vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker over de beëindiging bij brief van 28 juni 2021 heeft geïnformeerd en dat deze brief verzoeker ook heeft bereikt. Aldus is voldaan aan beide voorwaarden van artikel A.6.5.1.

De stelling van verzoeker dat hij niet bekend was met deze beëindigingsmogelijkheid treft geen doel. Hij kon deze immers terugvinden in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Er is daarom geen sprake van misleiding.

- 6.7. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering al lange tijd heeft, dat hij eerder geen gebruik heeft gemaakt van deze verzekering, maar dat hij denkt - gezien zijn leeftijd - in de toekomst een beroep te moeten doen op de dekking. Ook is het voor hem, gezien zijn leeftijd, niet mogelijk om een vergelijkbare verzekering af te sluiten onder dezelfde voorwaarden.

Wat hiervan ook zij, de afgesloten verzekering heeft niet het karakter van een sommenverzekering, zoals verzoeker lijkt te veronderstellen. Er wordt, met andere woorden, geen persoonlijk 'potje' gevormd voor toekomstige schade, zoals bijvoorbeeld bij een levensverzekering, maar de schadelast in enig jaar wordt omgeslagen over de deelnemers in de vorm van de premie.

Deze schadelast bestaat met name uit extra kosten, verbonden aan opname in een hogere verpleegklasse.

Kennelijk is de situatie zo dat door een afname van het aantal deelnemers, de aanvullende ziektekostenverzekering niet meer tegen een kostendeekkende premie kan worden aangeboden. Omdat voor verzekeringen als de onderhavige geen sprake is van acceptatieplicht op grond van de wet of anderszins, begrijpt de commissie dat het voor verzoeker moeilijk, zo niet onmogelijk zal zijn onder dezelfde voorwaarden elders een klassenverzekering af te sluiten. Dit is helaas niet anders.

- 6.8. Verzoeker heeft in zijn brief van 20 december 2021 gesteld dat hij ervan overtuigd was dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering destijds had afgesloten voor onbepaalde tijd. Het is de commissie niet bekend wat de voorwaarden in 1995 waren voor de op dat moment afgesloten verzekering en of het inderdaad een verzekering voor onbepaalde tijd was. Dit is voor de beoordeling van het geschil ook niet van belang. Op het meest recente polisblad staat vermeld dat de looptijd van de verzekering 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021 betreft. Voor zover de verzekeringsvoorwaarden sinds 1995 op dit punt zijn gewijzigd, is verzoeker met die wijziging - al dan niet stilzwijgend - akkoord gegaan. In de voor de beoordeling van het onderhavige geschil relevante voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2021, is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de verzekering mag opzeggen als hij stopt met het aanbieden en uitvoeren van deze verzekering. De stelling van verzoeker treft daarom geen doel.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Niet-bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 maart 2022,

L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

#### **A.6.5.1. Einde van een verzekering**

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u hebt gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beëindigen. Wij informeren u hierover ten minste 6 maanden voor het moment van beëindiging.

#### **A.6.6. Royementsverklaring**

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

### **A.7. Hoogte van de premie en kosten**

#### **A.7.1. Kosten**

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, vertragingsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

#### **A.7.2. Vaststelling van de kosten**

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

#### **A.7.3. Hoogte van de premie**

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder

het 1<sup>e</sup> bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

#### **A.7.4. Tot 18 jaar**

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

#### **A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap**

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

#### **A.7.6. Als uw verzekering wijzigt**

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

#### **A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde**

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode.

#### **A.7.8. Als u ten onrechte niet verzekerd bent**

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringswet wel verzekeren. Wij moeten in dat geval alle stukken hebben ontvangen binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan of binnen een maand nadat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij de benodigde gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

### **A.8. Betaling van premie en kosten**

#### **A.8.1. Wie betaalt de premie en kosten?**

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschul-

### D.13.3. Klassetoeslag

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Onder meerkosten verstaan wij de kosten die uitgaan boven de kosten voor de laagste klasse.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
  - verpleging in de laagste klasse; deze wordt vergoed uit de zorgverzekering.
  - verpleging in een 2<sup>e</sup> klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland.
  - verpleging in een hogere klasse als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor medisch specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- Eigen risico is niet van toepassing.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

##### Zorgverlener

Het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) brengt de kosten in rekening met de DBC-zorgproductcode of de klassentoeslag.

##### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor de kosten die uit de zorgverzekering worden vergoed en waarvoor vanuit de zorgverzekering een akkoordverklaring nodig is.

##### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.13.4. Ziekenhuisopname en uitkering

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

a. Liggelduitkering.

Wij geven u een vast bedrag per dag als u

bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

b. Luxe-arrangement/comfortpakket.

Wij vergoeden de kosten van een luxe arrangement of comfortpakket als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

#### Voorbeeld

Het luxe-arrangement of comfortpakket kan van alles bevatten wat uw opname in het ziekenhuis aangenamer maakt. Bijvoorbeeld de huur van televisie, telefoon, internet of radio etc. Daarnaast kan er ook een luxere kamer, uitgebreider menu, krant of tijdschrift, doorlopende bezoekenregeling of thee en/of koffie voor het bezoek aangeboden worden.

c. Compensatie-uitkering.

Wij geven u een vast bedrag per dag voor de periode dat u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en u geen gebruik maakt of geen gebruik kunt maken van een luxe-arrangement of comfortpakket zoals beschreven in artikel D.13.4.b. Dit omdat bijvoorbeeld het ziekenhuis geen onderscheid in standaard of luxere verpleging kent of geen luxe pakket kent.

Wat en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

#### Tip:

Voor de liggelduitkering of de compensatie-uitkering moet u zelf vooraf een verzoek bij ons indienen. Voor het luxe-arrangement moet u een rekening insturen.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet de normale, niet-luxe kosten voor opname in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).
- Eigen risico is niet van toepassing.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- Als u geen rekeningen voor een genoten luxe-arrangement (artikel D.13.4.b.) bij ons indient voordat wij de declaratie(s) van uw opname in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) hebben ontvangen, gaan wij er vanuit dat u kiest voor uitbetaling van de com-



pensatie-uitkering (artikel D.13.4.c.).

- Als de opname 2 aaneengesloten jaren be-  
strijkt, wordt slechts eenmaal de maximale lig-  
gelduitkering of compensatie-uitkering gedaan.
- Opname in een instelling voor medisch specia-  
listische zorg (ziekenhuis) voor maximaal 365  
aaneengesloten dagen. We bedoelen niet een  
dagbehandeling.

#### **Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### D.13.5. Vervallen

### D.13.6. Herstellingsoord

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op ver-  
goeding.*

#### **Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

Wij vergoeden het verblijf in een herstellingsoord  
in verband met herstel van een lichamelijke aan-  
doening.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen  
Overzicht.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel  
A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van het verblijf in  
een herstellingsoord:
  - als u op grond van de wet aanspraak hebt  
op dezelfde of vergelijkbare zorg;
  - als het verblijf aaneengesloten over 2 jaren  
verspreid is en uw aanvullende verzekering  
al het maximale bedrag heeft vergoed over  
het 1e jaar.
- Eigen risico is niet van toepassing.

#### **Voorwaarden**

##### **Zorgverlener**

De zorg wordt verleend door een door ons erkend  
herstellingsoord.

##### **Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

##### **Tarieven**

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor  
artikel A.20.

### D.13.7. Hospice

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op ver-  
goeding.*

#### **Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor verblijf in  
een hospice. Hoeveel wij vergoeden staat op uw

Vergoedingen Overzicht.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel  
A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de eigen bijdragen huis-  
houdelijke hulp en verpleging die op grond van  
de Wlz door het CAK of op grond van de Wmo  
bij u in rekening worden gebracht.
- Eigen risico is niet van toepassing.

#### **Voorwaarden**

##### **Zorgverlener**

De persoonlijke verzorging en verpleging vindt  
plaats in een hospice. Een hospice waar alleen  
laag-complexe zorg door vrijwilligers wordt ver-  
leend, wordt ook wel "bijna-thuis-huis" genoemd.

##### **Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring is niet nodig.

##### **Tarieven**

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor  
artikel A.20.

### D.13.8. Kinderopvang bij ziekenhuisop- name ouder

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op ver-  
goeding.*

#### **Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

Wij vergoeden:

- 24-uurs verzorging als sprake is van een chro-  
nisch ziektegeval;
- thuisondersteuning na een opname, bijvoor-  
beeld een nanny-service, een hondenuitlaat-  
service of een hulp voor onvermijdelijke huis-  
houdelijke werkzaamheden;
- kinderopvang bij opname.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op  
uw Vergoedingen Overzicht.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel  
A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

#### **Voorwaarden**

##### **Algemeen**

- Voor artikel D.13.8.a. en b. moet er sprake zijn  
van onoplosbare problemen bij u thuis waar-  
door ondersteuning door middel van professio-  
nele hulp nodig is.
- Voor artikel D.13.8.c. geldt:
  - De kinderopvang betreft uw kind(eren) in  
uw gezin tot ten hoogste de leeftijd van 14  
jaar;
  - De verzorgende ouder is opgenomen in

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 7

---

### Artikel 925

1. Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren. Zij is hetzij schadeverzekering, hetzij sommenverzekering.
2. Persoonsverzekering is de verzekering welke het leven of de gezondheid van een mens betreft.

### Artikel 944

Schadeverzekering is de verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden.

### Artikel 964

Sommenverzekering is de verzekering waarbij het onverschillig is of en in hoeverre met de uitkering schade wordt vergoed. Zij is slechts toegelaten bij persoonsverzekering en bij verzekeringen welke daartoe bij algemene maatregel van bestuur, zonodig binnen daarbij vast te stellen grenzen, zijn aangewezen.