



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, kuurbehandeling, kuurreis, reumatoïde artritis

Zaaknummer : 201500985

Zittingsdatum : 13 januari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 6:238 BW)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (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 Excellent 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 zorgverzekering en de eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandarts zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft op 23 december 2014 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van een kuurreis, gepland voor 2015 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 15 januari 2015 de medische beoordeling die ten grondslag ligt aan de afwijzing aan verzoekster gezonden.
- 3.3. Verzoekster heeft zich op 31 maart 2015 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.
- 3.4. De bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 7 september 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.6. 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.

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 december 2015 aan verzoekster gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 december 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 december 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft reuma (reumatoïde artritis) en artrose. In de afgelopen jaren heeft zij verscheidene kuurreizen gemaakt, die werden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Thans weigert de ziektekostenverzekeraar vergoeding onder verwijzing naar artikel D.9. van de polisvoorwaarden.

4.2. Voor zover verzoekster kan nagaan, bestaat geen verschil van mening over haar ziektebeeld. Ter verdere onderbouwing wordt niettemin verwezen naar het schrijven van het Academisch Ziekenhuis Maastricht van 12 april 2014, het schrijven van het Atrium Medisch Centrum Parkstad van 10 oktober 2014, en het schrijven van het Universitair Ziekenhuis Gent van 25 februari 2015.

4.3. Eind 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld - althans naar verzoekster begrijpt - dat de aanvraagprocedure stringenter werd. Verzoekster heeft voorafgaand aan de voor 2015 geplande kuurreis door middel van de daartoe vereiste aanvraagformulieren een verzoek ingediend voor vergoeding hiervan.

Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar thans stelt dat verzoekster geen recht heeft op vergoeding van de kuurreis. Uit de overgelegde verklaringen van de behandelend artsen blijkt dat verzoekster veel profijt heeft bij kuurreizen en dat zij ook minder medicatie nodig heeft. Voor zover de ziektekostenverzekeraar de weigering baseert op de stelling dat geen sprake is van een ernstige vorm van reumatoïde artritis, merkt verzoekster op dat niet gedefinieerd wordt wat daaronder moeten worden verstaan, welke (wetenschappelijke) criteria daarbij gelden en op basis van welke bevindingen de ziektekostenverzekeraar tot het oordeel is gekomen dat verzoekster niet aan deze voorwaarde voldoet.

Het is de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar duidelijke polisvoorwaarden op te stellen en daarbij de (wetenschappelijke) criteria te noemen waaraan moet zijn voldaan wil een verzekerde in aanmerking komen voor vergoeding. Deze kunnen niet pas achteraf bij het declareren worden geformuleerd. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat in de polis geen duidelijke criteria zijn opgenomen. Dit dient voor rekening te blijven van de ziektekostenverzekeraar, mede in het licht van het feit dat de kuurreizen in het verleden wel werden vergoed en geen sprake is van een wijziging van het ziektebeeld en/of verbetering van het klachtenpatroon. De afwijzing is ook onverenigbaar met het schrijven van de ziektekostenverzekeraar van eind 2013.

De ziektekostenverzekeraar kan niet eenzijdig de (uitleg van de) polisvoorwaarden, die blijkbaar ook volgens hem niet duidelijk zijn, aanscherpen en behandelingen niet (langer) vergoeden. Verzoekster doet expliciet een beroep op het contra proferentem-beginsel van artikel 6:238 lid 2 BW.

4.4. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de vergoedingen in het verleden uit coulance hebben plaatsgevonden, is niet juist. Hetzelfde geldt voor de stelling dat verzoekster rekening moest houden met het niet langer vergoeden van de kosten van kuurreizen. Uit de stukken blijkt immers dat de problemen die er in het verleden waren bij het declareren van de kosten niet te maken hadden met een inhoudelijke toets van haar ziektebeeld, de te vergoeden kosten of de door verzoekster gevolgde kuur, maar met de te volgen aanvraagprocedure. Verzoekster heeft in dit geval de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen administratieve route gevolgd en haar kan nu niet opeens

worden tegengeworpen dat andere en/of strengere eisen gelden ten aanzien van de materiële toets. Het weigeren van het vergoeden van de onderhavige kosten is derhalve in strijd met het vertrouwens- en rechtszekerheidsbeginsel.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd met een Excellent aanvullende verzekering. In deze verzekering is een vergoeding opgenomen voor een kuurbehandeling (artikel D.9.). Deze behandeling wordt alleen vergoed in het geval van een ernstige vorm van: (i) reumatoïde artritis, of (ii) artritis psoriatica, of (iii) de ziekte van Bechterew.

5.2. Duidelijk is dat verzoekster sinds 2007 elk jaar, en soms enkele malen per jaar, een kuurreis vergoed heeft gekregen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit komt doordat in het verleden een akkoord is gegeven op basis van de medische indicatie 'reumatoïde artritis'. Er is echter nooit gebleken dat verzoekster een ernstige vorm van reumatoïde artritis heeft. Daarom is in 2013 richting verzoekster gecommuniceerd dat zij een recente aanvraag en onderbouwing van haar specialist nodig heeft.

Gelet op de eerdere vergoedingen gedurende een reeks van jaren, is eind 2013 alsnog akkoord gegeven voor een laatste kuurbehandeling eind 2013, waarbij is benadrukt dat dit uit coulance gebeurde, nu de noodzakelijke medische informatie ontbrak. Vervolgens is deze coulance opgerekt naar januari 2014, omdat verzoekster aangaf dat de akkoordverklaring van eind 2013 feitelijk niet meer kon worden verzilverd in 2013. In 2014 heeft verzoekster per abuis nog een akkoordverklaring gekregen. Omdat deze was gekoppeld aan de verklaring van de specialist van april 2014 voor twee kuurreizen, is toegezegd dat ook de gemelde kuurreizen voor mei 2014 en november 2014 nog eenmalig uit coulance zouden worden vergoed. Daarna zou een goed onderbouwde aanvraag met medische informatie ter beoordeling moeten worden opgestuurd.

5.3. Tot op heden is niet gebleken dat verzoekster ernstige reumatoïde artritis heeft. Volledigheidshalve zijn de medische stukken voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft het volgende verklaard.

Hoewel een kuurbehandeling in de praktijk prettig voelt bij het soort klachten aan het bewegingsapparaat dat verzoekster heeft, is wetenschappelijk geenszins bewezen dat dit enig effect of verbetering geeft bij een aandoening als reumatoïde artritis.

De medisch adviseur benadrukt dat dit ook de reden is dat deze zorg niet in de basisverzekering is opgenomen, maar alleen in de bijzondere aanvullende verzekering Excellent. Een kuurbehandeling is zeker geen bewezen effectieve therapie, dus de stelling van de specialisten dat verzoekster baat heeft bij de kuurbehandelingen zullen haar specialisten niet voldoende kunnen onderbouwen en is ook geen aanwijzing dat daarom sprake is van ernstige reumatoïde artritis. De medisch adviseur licht toe dat het beeld van reumatoïde artritis in wisselende mate kan voorkomen en vaak varieert over de loop van de tijd. Het kan ook zomaar ineens stoppen bij een bepaalde leeftijd. Er bestaat geen schaal die onderscheid maakt tussen ernstig of licht. Wel bestaat een zogenoemde DSA score die de mate van ziekteactiviteit aangeeft. De medisch adviseur legt uit dat de ernst van reumatoïde artritis samenhangt met de mate van gewrichtsschade (radiologisch vastgestelde afwijkingen), de mate van beperkingen en de mate van ontstekingsactiviteit (klinisch en lab) van de gewrichten. Het gaat om het klinische beeld.

Bij een ernstige mate van reumatoïde artritis kan worden gedacht aan:

- *actieve vorm*: zeer afwijkende lab parameters, actueel klinische parameters (rode gezwollen gewrichten, veel pijn en amper te gebruiken), een hoog klachten- en beperkingenpatroon, erosieve afwijkingen in gewrichten door actieve ontstekingen, en specifiek anti-reumatica in het hogere segment.

- *niet-actieve vorm*: ernstig geërodeerde gewrichten, veel beperkingen in de ADL en mobiliteit, en eventuele afwijkende standen van de gewrichten.

Om te kunnen vaststellen of sprake is van ernstige reumatoïde artritis is dus zoveel mogelijk (objectiveerbare) medische informatie nodig. Volgens de medisch adviseur van de

ziektekostenverzekeraar is de informatie van het ziekenhuis te Gent het meest volledig. Op basis van deze informatie was het mogelijk een klinisch beeld te vormen. Volgens het ziekenhuis is het klinische beeld onveranderd en stabiel. Er zijn geen ontstekingsparameters aan de gewrichten te zien en de radiologie laat geen erosies zien. Daarnaast wordt geen anti-reumatische medicatie gebruikt en zijn er slechts in beperkte/lichte mate lab-afwijkingen. De DSA score laat een matige ziekteactiviteit zien en er zijn klachten van stijfheid. Verzoekster gebruikt een scootmobiel.

Het ziekenhuis in Gent geeft aan dat de artrotische veranderingen aan handen en voeten mogelijk secundair zijn aan eerste ontstekingsactiviteit van de reumatoïde artritis. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat men niet kan concluderen dat deze klachten te maken hebben met reumatoïde artritis, omdat het ook 'gewoon' artrose kan zijn, nu deze klachten van verzoekster ook goed in dat ziektebeeld passen.

De medisch specialisten verklaren dat het beeld van reumatoïde artritis tot rust is gekomen door de kuuroorden. Hoewel hieruit, zoals hierboven omschreven, geenszins kan worden geconcludeerd dat dit komt door de kuurbehandelingen, bevestigt dit wél het beeld dat de reumatoïde artritis (in ieder geval op dit moment) niet ernstig lijkt te zijn.

5.4. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat bij verzoekster sprake lijkt te zijn van een niet-actieve vorm van reuma. Uit de stukken blijkt niet dat de beperkingen door de reumatoïde artritis komen. De klachten van verzoekster kunnen juist heel goed voortkomen uit haar andere diagnose artrose. Dit betreft een heel andere patiëntencategorie. Bovendien blijkt niet van ernstige afwijkingen en klachten, waarbij gesproken zou kunnen worden van ernstige reumatoïde artritis. Gelet op de vele communicatie is in ieder geval helder dat verzoekster vanaf 2013 niet meer ervan uit mocht gaan dat zij zonder meer recht had op vergoeding van een kuurreis ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In een gesprek op 10 december 2014 is haar nogmaals verteld dat onder andere duidelijk moest zijn dat het ernstige reumatoïde artritis betreft. Op basis van de huidige informatie gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat verzoekster geen ernstige reumatoïde artritis heeft.

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 A.22. van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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. Artikel D.9. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van een kuurbehandeling en luidt, voor zover hier van belang:

"D.9. Kuurbehandeling

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

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden bij een kuurreis via een organisatie of bij een door u zelf georganiseerde kuurreis:

- uw vervoer naar een kuuroord;
- behandeling in een kuuroord;

- verblijf in een kuuroord. Dit omvat overnachtingkosten, ontbijt, lunch en diner.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Onder kosten van verblijf in een kuuroord vallen uitsluitend de kosten van het aangeboden arrangement / programma. Kosten van extra consumpties, kranten, tijdschriften, cosmetica en andere buiten het arrangement vallende artikelen en diensten worden niet vergoed.

Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een persoonlijk op u afgestemde en schriftelijk vastgelegde behandeling die tenminste één week duurt.

- U lijdt aan een ernstige vorm van:

o reumatoïde artritis; of

o artritis psoriatica; of

o de ziekte van Bechterew.

Zorgverlener

Bij de behandeling dient een arts betrokken te zijn.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Plaats

Een door ons erkend kuuroord dat gespecialiseerd is in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen; andere kuuroorden vergoeden wij niet. (...)"

8.3. Het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Wat krijgt u vergoed

Kuurbehandeling D.9.

Kuurbehandeling

Hoeveel krijgt u vergoed

100%

Voorwaarden

D.9.

"(...)"

8.4. Artikel 6:238 lid 2 BW luidt:


"Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg."

9. Beoordeling van het geschil


9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van een kuurbehandeling, in de vorm van een kuurreis (artikel D.9.). Deze vergoeding betreft het vervoer, de behandeling en het verblijf. Ingevolge het Vergoedingen Overzicht bedraagt de vergoeding 100 procent van de kosten. De voorwaarden die gelden voor vergoeding van een kuurreis zijn: (i) de behandeling is persoonlijk afgestemd, schriftelijk vastgelegd, en duurt tenminste één week, (ii) de verzekerde lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis of artritis psoriatica of de


ziekte van Bechterew, (iii) bij de behandeling is een arts betrokken, (iv) een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is, (v) vooraf is zorgadvies aangevraagd en heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven, en (vi) de kuurbehandeling vindt plaats in een door de ziektekostenverzekeraar erkend kuuroord dat gespecialiseerd is in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat.


- 9.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een verzoek om vergoeding ingediend voor een kuurbehandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen op de grond dat verzoekster niet lijdt aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis (voorwaarde (ii)). Tegen deze beslissing is verzoekster opgekomen. Zij stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft gedefinieerd wat wordt verstaan onder 'een ernstige vorm van reumatoïde artritis'. Volgens verzoekster is het de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar om duidelijke polisvoorwaarden op te stellen, en kan geen sprake zijn van het achteraf (bij de beoordeling) eenzijdig aanscherpen van de (uitleg van de) polisvoorwaarden. Hierbij doet verzoekster een beroep op artikel 6:238 lid 2 BW.
- 9.3. De commissie stelt vast dat artikel 6:238 lid 2 BW is opgenomen in Afdeling 3 van Boek 6. Uit artikel 6:231 sub a BW volgt dat de bepalingen van Afdeling 3 niet van toepassing zijn op bedingen die de kern van de prestaties aangeven, voor zover deze laatstgenoemde bepalingen duidelijk en begrijpelijk zijn geformuleerd. Bepalingen met betrekking tot de primaire dekkingsomschrijving van een verzekeringsovereenkomst worden in beginsel als kernbedingen beschouwd, waarvan niet kan worden afgeweken (vgl. Hoge Raad, 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, 'Zweeftoestel').
- 9.4. In de onderhavige zaak gaat het om de interpretatie van het woord 'ernstige'. Gelet op hetgeen partijen hebben aangevoerd, moet worden geconcludeerd dat het artikel waarin dit woord is opgenomen niet duidelijk en begrijpelijk is geformuleerd. Om die reden acht de commissie zich vrij dit artikel inhoudelijk te toetsen aan de hand van de bepalingen van Afdeling 3. Door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is in de eerste plaats betoogd dat een kuurbehandeling geen bewezen effectieve therapie is. Om die reden zouden geen conclusies kunnen worden verbonden aan de verklaringen van de artsen van verzoekster, waaruit blijkt dat het beeld van de reumatoïde artritis (hierdoor) tot rust is gekomen. De commissie merkt hierover op dat het een keuze van de ziektekostenverzekeraar is geweest om in de aanvullende ziektekostenverzekering dekking op te nemen voor een kuurbehandeling. Het al dan niet effectief zijn van die behandeling kan daarom geen reden zijn vergoeding te weigeren. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft zich voorts uitgelaten over de ernst van reumatoïde artritis, waarbij door hem verschillende categorieën zijn onderscheiden. Hierbij heeft hij aangetekend dat het beeld van reumatoïde artritis in wisselende mate kan voorkomen en vaak varieert over de loop van de tijd. Bij verzoekster zou – althans op dit moment – geen sprake zijn van een ernstige vorm. De commissie merkt op dat in artikel D.9. van de aanvullende ziektekostenverzekering drie verschillende aandoeningen worden genoemd, hetgeen mogelijk impliceert dat de mate van ernst nog kan verschillen per aandoening. Daarbij is voor een verzekerde, ongeacht de aandoening, niet vooraf kenbaar welke invulling de ziektekostenverzekeraar aan het begrip 'ernstige' geeft, terwijl het beeld van de aandoening die hier aan de orde is (reumatoïde artritis) kennelijk in tijd kan variëren. Daar komt in dit geval nog bij dat eerder vergoeding is verleend van kuurbehandelingen, zodat verzoekster niet bedacht hoefde te zijn op een - latere - andere interpretatie van het begrip 'ernstige' door de ziektekostenverzekeraar. Zelf ging zij er blijkbaar van uit dat op grond van haar situatie en de bestaande klachten – als voorheen - aan dit criterium werd voldaan. Ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW moeten bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg. In onderhavig geval betekent dit dat verzoekster het begrip 'ernstige' mocht opvatten zoals zij heeft gedaan. Hetgeen overigens door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, maakt dit niet anders.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet erop beroepen dat niet is voldaan aan de overige voorwaarden van artikel D.9. van de aanvullende ziektekostenverzekering.


 9.6. Gezien het bovenstaande heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van de kosten van een kuurbehandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.


 **Conclusie**

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

 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 13 januari 2016,


 A.I.M. van Mierlo