



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Mondzorg, aanvullende ziektekostenverzekering, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201600770
Zittingsdatum : 2 november 2016

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

(Voorwaarden Zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basis Zekerpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand** afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend*** is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van het aanbrengen van implantaten (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 30 december 2015, 14 januari 2016, 21 januari 2016 en 1 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van het begrote bedrag van € 3.173,41 maximaal € 500,-- wordt vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016105415) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een indicatie tot bijzondere tandheelkunde ontbreekt. Het plaatsen van twee implantaatgedragen kronen ter plaatse van de hoektand en een kleine kies linksonder, maken geen deel uit van de te verzekeren prestaties krachtens de Zorgverzekeringswet. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 11 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.10. Bij brief van 4 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 11 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker ontving begin 2015 van de behandelend tandarts een begroting van € 1.079,97 voor het aanbrengen van implantaten. Teneinde financieel niet voor verrassingen komen te staan, heeft verzoeker gebruik gemaakt van de rekentool op de website van de ziektekostenverzekeraar. Bij de berekening van de kosten die voor eigen rekening blijven gaat de rekentool uit van het tarief van de tandarts minus een vergoeding van 75 percent. In het geval van verzoeker betekent dit dat een bedrag van € 256,11 niet wordt vergoed.
- 4.2. Verzoeker was niet in de gelegenheid de behandeling direct te starten. Tijdens een latere reguliere gebitscontrole constateerde de behandelend tandarts dat inmiddels een uitbreiding van de behandeling nodig was. Na ontvangst van de nieuwe begroting ten bedrage van € 3.173,41 heeft verzoeker wederom gebruik gemaakt van de rekentool. Toen bleek echter dat een vergoeding van 75 percent van de kosten niet meer van toepassing was. Verzoeker zou slechts recht hebben op een vergoeding van maximaal € 500,--. Om hierover verdere duidelijkheid te krijgen, heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd hem te informeren over de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar is niet verder gekomen dan de enkele mededeling dat de maximale vergoeding € 500,-- bedraagt.
- 4.3. Verzoeker is het eens met de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering slechts recht bestaat op een vergoeding van maximaal € 500,-- voor alle tandheelkundige behandelingen samen. De ziektekostenverzekeraar laat echter onvermeld dat op de website bij de rekentool wordt gesteld dat voor bepaalde behandelingen zoals kronen, bruggen, implantaten, et cetera recht bestaat op een vergoeding van 75 percent van de kosten. Op grond van de eerste begroting en de rekentool van begin 2015 had verzoeker recht op een vergoeding van

€ 823,86, exclusief de vergoeding van € 500,-- vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze berekening wordt niet meer toegepast door de huidige rekentool. De rekentool van begin 2015, die volgens verzoeker de juiste manier van berekenen toont, bevatte overigens wél een fout. Volgens de rekentool zou het onder 4.1 genoemde bedrag van € 256,11 voor rekening van verzoeker blijven. Hierbij was echter geen rekening gehouden met de vergoeding van € 500,-- vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De correcte berekening ziet er volgens verzoeker dan ook als volgt uit: Tarief begroting is € 1.079,97, vergoeding op basis van 75 percent komt neer op € 823,86. De kosten die voor rekening blijven van verzoeker zijn dan € 256,11, welke kosten vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed tot maximaal € 500,--, hetgeen uiteindelijk leidt tot een tegoed van € 243,89.

4.4. Verzoeker is van mening dat indien een belofte niet wordt nagekomen, er sprake is van misleiding. Hij merkt verder op dat hij het nut niet inziet van de melding bij de rekentool dat sommige behandelingen volledig worden vergoed en andere behandelingen tot 75 percent, aangezien er in geen enkel geval meer dan € 500,-- per jaar wordt vergoed.

4.5. Verzoeker vraagt zich af wanneer een verzekerde dan wel in aanmerking komt voor de toegezegde vergoeding op basis van 75 of 100 percent van de kosten per verrichtingencode.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker aangevoerd dat in de voorwaarden een maximale vergoeding is opgenomen van € 500,--. Van belang is welk percentage moet worden toegepast. Als wordt uitgegaan van € 500,--, is het bedrag hoger dan wanneer wordt uitgegaan van een vergoeding van bijvoorbeeld 75 percent. Hij vraagt zich af wanneer aanspraak bestaat op een vergoeding van 75 percent.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Vanuit de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering bestaat recht op een vergoeding van maximaal € 500,-- per kalenderjaar voor tandartskosten. Sommige veel voorkomende behandelingen worden volledig en andere behandelingen tot 75 percent van de kosten vergoed. De ziektekostenverzekeraar vergoedt echter nooit meer dan € 500,--.

5.2. Op de website wordt meerdere keren vermeld dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering recht bestaat op een vergoeding van maximaal € 500,--. Onder 'vergoedingen' en vervolgens onder 'tandartsen, mondhygiënist vanaf 18 jaar' is de maximale vergoeding per aanvullende verzekering te vinden. Daarbij is ook te lezen dat geen recht bestaat op vergoeding vanuit de zorgverzekering. Indien men op de website kiest voor de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering, wordt tot twee keer toe uitdrukkelijk vermeld dat de maximale vergoeding € 500,-- bedraagt. Voorts stond tot voor kort op de website onder de door verzoeker gebruikte rekentool de volgende waarschuwing:

"Let op! Uw tandartsverzekering Aanvullend 2 sterren vergoedt tot maximaal € 500,- per jaar. Alle kosten die boven het maximum komen moet u zelf betalen. Hoeveel u nog kan declareren kunt u in Mijn Zilveren Kruis vinden."

5.3. De rekentool van begin 2015 hield geen rekening met de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij de nieuwe rekentool is dit aangepast. De verzekerde dient alleen eventuele eerdere vergoedingen nog in zijn berekening te betrekken. Aan de hand van de door verzoeker ingevoerde gegevens heeft de ziektekostenverzekeraar door middel van de rekentool destijds bepaald dat verzoeker in aanmerking kwam voor een vergoeding van € 823,86. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar bereid verzoeker een extra vergoeding te verlenen, overeenkomstig de door verzoeker overgelegde gegevens in het kader van de rekentool van begin 2015, te weten het verschil tussen het door de rekentool vermelde bedrag van € 823,86

en de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering van € 500,--. Dit betekent dat aan verzoeker een aanvullende vergoeding wordt toegekend van € 323,86.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch en schriftelijk geprobeerd de ontstane verwarring weg te nemen, maar verzoeker heeft zijn uitleg helaas niet geaccepteerd.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel volgens de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde in bepaalde gevallen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en in andere gevallen gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 10 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op implantaten en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 10 Implantaten

(...)

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel dat u zonder het plaatsten van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het kliksysteem dat vast zit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen, dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit). (...)"

8.4. Artikel 12 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen en luidt, voor zover hier van belang:

"In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op vergoeding van kosten van een tandheelkundige behandeling:

a als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
b als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
c als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

(...)

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van implantaten vanuit artikel 10 van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker'.

- 8.5. De artikelen 10 en 12 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Op bladzijde 74 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder geregeld en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een Aanvullend Tand 1, 2, 3, of 4 sterren afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes). (...)

Vergoeding kosten overige behandelingen

Heeft u een Aanvullend Tand met 1, 2 of 3 sterren?

Dan vergoeden wij de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%. Als u een Aanvullend Tand met 4 sterren heeft, is dat 100%.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandheelkundige verzekering nog niet is bereikt. (...)

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten. (...)

Aanvullend Tand 2 sterren

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar. (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 12 van de 'aanspraken', dekking voor het aanbrengen van implantaten, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheeskundige zorg noodzakelijk is om een tandheeskundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. In de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 12 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.

Daarnaast is op grond van artikel 10 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering een (verzekerings)indicatie voor het aanbrengen van implantaten aanwezig ingeval van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen als steun voor een uitneembare volledige prothese.

9.2. De in artikel 12 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bedoelde situatie of een situatie die hiermee in ernst vergelijkbaar is, doet zich bij verzoeker niet voor, terwijl bij verzoeker voorts geen sprake is van een tandeloze kaak, zoals genoemd in artikel 10 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de onderhavige behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheeskundige zorg. Hierbij wordt - conform de voorwaarden - 75 percent dan wel 100 percent van de kosten vergoed, tot een maximum van € 500,- per persoon per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op (het niet verbruikte gedeelte van) dit bedrag. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat hij meent dat sommige behandelingen voor 75 of 100 percent worden vergoed, terwijl andere behandelingen vallen onder het maximum van € 500,- per persoon per kalenderjaar. Deze opvatting vindt evenwel geen steun in het gestelde op bladzijde 74 van de betreffende voorwaarden, aangezien daar wordt gesproken over "de totale vergoeding".

Ten overvloede wordt opgemerkt dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om voor bepaalde verrichtingen een volledige vergoeding en voor andere een vergoeding op basis van 75 percent op te nemen. Welke verrichtingen het hierbij betreft, is op bladzijde 74 van de aanvullende ziektekostenverzekering te vinden. Aan de volledige vergoeding - mits van toepassing - wordt vanzelfsprekend alleen toegekomen zolang eerder genoemd maximum van € 500,- per persoon per kalenderjaar nog niet is bereikt.

Werking privaatrecht

9.4. Door verzoeker is gesteld dat hij is misleid door de rekentool op de website van de ziektekostenverzekeraar. Deze rekentool ging aanvankelijk uit van vergoedingen op basis van 75 of 100 percent, zonder rekening te houden met het maximum van € 500,- per persoon per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat op de website op meerdere plaatsen is vermeld dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering recht bestaat op maximaal € 500,- voor tandheeskundige kosten. Tevens stond begin 2015 onder de rekentool

de waarschuwing dat de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding kent van maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar, en dat alle kosten die boven dit maximum uitkomen voor rekening van de verzekerde blijven. Dat de rekentool destijds geen rekening hield met de maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is overigens door de ziektekostenverzekeraar erkend.

9.5. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet is tekortgeschoten in zijn informatieverplichting; de informatie op de website op dit punt indertijd was niet misleidend. Uit de door verzoeker overgelegde screenshot van de website van de ziektekostenverzekeraar van begin 2015 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk heeft gemeld dat met de rekentool slechts een indicatie kan worden gegeven van de kosten die worden vergoed voor de betreffende behandeling. Tevens meldt de ziektekostenverzekeraar dat aan de rekentool geen rechten kunnen worden ontleend. Anderzijds waren de verzekeringsvoorwaarden volstrekt duidelijk ten aanzien van de hoogte van de vergoeding.

9.6. Daarbij is van belang dat verzoeker gesteld noch gebleken is dat verzoeker financieel nadeel heeft ondervonden van de berekening door middel van de rekentool begin 2015. Verzoeker heeft de behandeling toen immers niet ondergaan. Tijdens een latere reguliere gebitscontrole bleek dat een uitbreiding van de behandeling noodzakelijk was, waarop de behandelend tandarts een nieuwe begroting heeft gemaakt. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan wederom gebruik gemaakt van de - inmiddels op dit punt aangepaste - rekentool. De uitkomst hiervan was toen wél conform hetgeen is opgenomen in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, namelijk een maximale vergoeding van € 500,-.

Coulance

9.7. Om hem moverende redenen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten aan verzoeker een coulancebetaling te doen van € 323,86. De commissie zal in die beslissing niet treden.

Conclusie

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

9.9. Aangezien lopende de procedure een tegemoetkoming is verleend door de ziektekostenverzekeraar, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

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

Zeist, 23 november 2016,

A.I.M. van Mierlo