

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500996

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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 brief van 23 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 11 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026005670) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 april 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 22 april 2026 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoekster gezonden.
- 1.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 respectievelijk 4 mei 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.6. Het nagekomen stuk is op 7 mei 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 april 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 20 mei 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 mei 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekering Start (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Namens verzoekster is op 10 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor lipofilling, ofwel autologe vettransplantatie (hierna: AFT).
- 2.3. Bij brief van 10 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 28 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Op 11 april 2025 is de AFT bij verzoekster uitgevoerd.
- 2.6. Bij brief van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 20 mei 2026 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 de kosten van de al uitgevoerde AFT te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 23 december 2025 toegelicht dat zij op 21 september 2021 een borstsparende operatie heeft ondergaan vanwege DCIS. In de maand november van dat jaar onderging zij om dezelfde reden 20 bestralingen. Uiteindelijk was verzoekster verlost van alle kwaadaardige cellen, maar had zij wel een gemankeerde rechterborst. In de daaropvolgende jaren is verschillende malen een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor AFT. Er was een afgevlakte kant ontstaan en door het aanvullen hiervan zou de symmetrie van zowel de rechterborst als de beide borsten worden hersteld. De aanvragen werden echter telkens afgewezen en ook op het verzoek om een spreekuurbezoek werd door de zorgverzekeraar afwijzend gereageerd. In maart 2024 werd de restrictie dat AFT alleen wordt vergoed bij partiële defecten die niet groter zijn dan één kwadrant van de borst opgeheven, maar de ziektekostenverzekeraar wilde zijn standpunt niet herzien. Ook op de aanvraag van januari 2025 werd afwijzend gereageerd. Vervolgens heeft verzoekster besloten de AFT alvast in gang te zetten. Zij heeft drie-en-een-half jaar last gehad van haar gemankeerde borst. Verzoekster heeft geprobeerd ermee te leven met het gebruik van allerlei hulpmiddelen, maar op elk moment van de dag was en bleef de situatie confronterend. Op 11 april 2025 is de AFT uitgevoerd. Na genezing werd al snel duidelijk dat dit de oplossing was.
- 3.3. Vóór de AFT voldeed het volumedefect van verzoekster aan de criteria van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard', opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid. Zeker na de aanpassing van het criterium 'niet groter dan één kwadrant'. Verzoekster is niet in de gelegenheid gesteld dit aan de ziektekostenverzekeraar te laten zien tijdens het spreekuur. Ook is er nooit contact opgenomen met de behandelend arts, waardoor hij geen toelichting heeft kunnen geven. Dit terwijl volgens het nieuwe machtigingsbeleid juist de beoordeling van de behandelend arts leidend is. Verder geldt dat een 3D-afwijking niet kan worden beoordeeld op basis van een 2D-afbeelding.

- 3.4. Bij bericht van 22 april 2026 heeft verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies spreekt over DCIS graad II 2,5 cm. Dit was de originele diagnose, voor de lumpectomie. Daarna is dit bijgesteld naar DCIS graad III 3,6 cm. Verder heeft verzoekster een kopie van het pathologisch rapport overgelegd. In dit rapport staan de afmetingen van wat destijds is aangeleverd bij het laboratorium, te weten mediolateraal 5,7 cm, craniocaudaal 7,7 cm, ventrodorsaal 4,5 cm.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van de kosten van AFT. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 10 januari 2025 toegelicht dat AFT alleen wordt vergoed in geval van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In dit verband wordt onder verminking verstaan een volumedefect (deuk) van de borst, met een doorsnede van minimaal twee centimeter en met een diepte van minimaal twee centimeter. Het volumedefect ligt in het decolleté en valt niet binnen de normale anatomische variaties van de vrouwelijke borst. Of het betreft een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van vijf centimeter en een diepte van twee centimeter heeft en dat niet ligt in het decolleté. Er is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bij ernstige (pijn)klachten door een tekort aan weefselbedekking na plaatsing van een prothese.
- 4.2. Bij de beoordeling van behandelingen van plastisch chirurgische aard wordt de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard', opgesteld door de Vereniging Artsen Volksgezondheid, gehanteerd. In de werkwijzer worden de vergoedingscriteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard uitgelegd. Aan de hand van deze werkwijzer wordt beoordeeld of een verzekerde voldoet aan deze vergoedingscriteria. Er is geen vergoeding mogelijk bij psychologische klachten of psychosociale problemen. Van het bepaalde in de werkwijzer kan niet worden afgeweken.
- 4.3. Uit de ingediende aanvraag volgt dat de situatie van verzoekster niet aan de geldende voorwaarden voldoet. Uit de ontvangen foto's blijkt namelijk dat bij verzoekster geen sprake is van een volumedefect (deuk) van de borst met een diepte van minimaal twee centimeter. Er worden door de arts voorts geen pijnklachten genoemd in de aanvraag.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

Juridisch kader

Bij plastische chirurgie en overige behandelingen van het uiterlijk gaat het voornamelijk om de aanwezigheid van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking, zoals omschreven is in artikel 2.4, onder b van het Bzv.

Standpunt AFT

Het Zorginstituut heeft in 2016 een standpunt uitgebracht over autologe vettransplantatie (AFT), ofwel AFT, bij partiële defecten van de borst. Hierin is aangegeven dat met de AFT techniek vorm-, symmetrie- en volumedefecten kunnen worden behandeld. De behandeling met AFT van partiële defecten van de borst maakt onder voorwaarden deel uit van het basispakket. Het gaat om de toepassing van AFT bij beperkte (kleinere) defecten van de borst, dat wil zeggen een defect dat niet groter is dan één kwadrant van de borst. Deze voorwaarden zijn uitgewerkt in de VAV Werkwijzer (zie hieronder).

Daarnaast heeft het Zorginstituut in 2023 een standpunt uitgebracht over AFT na een totale borstverwijdering. In dit standpunt concludeert het Zorginstituut dat AFT na externe weefselexpansie voor vergoeding in aanmerking komt voor vrouwen die een totale borstverwijderingsoperatie hebben ondergaan, als gevolg van borstkanker of ter preventie van borstkanker. Het Zorginstituut heeft in 2024 in aanvulling op het standpunt uit 2023 aangegeven dat reconstructie met AFT van meer dan een kwadrant en minder dan de gehele borst bij partiële defecten van de borst bij borstkanker ook in aanmerking kunnen komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering. De VAV-werkwijzer is op deze punten echter nog niet aangepast.

VAV Werkwijzer

In de VAV Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn de voorwaarden voor vergoeding van AFT bij partiële defecten van de borst die niet groter zijn dan een kwadrant van de borst verder uitgewerkt. AFT komt voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van:

- een verminking:
 - een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van twee centimeter en een diepte van twee cm heeft en dat ligt in het decolleté, of een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van vijf centimeter en een diepte van twee cm heeft en dat ligt in het niet functionele gebied, of
- een lichamelijke functiestoornis:
 - (mogelijke) complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane weefselbedekking na plaatsing van een prothese.

Daarnaast heeft het Zorginstituut in 2023 een standpunt uitgebracht over AFT na een totale borstverwijdering. In dit standpunt concludeert het Zorginstituut dat AFT na externe weefselexpansie voor vergoeding in aanmerking komt voor vrouwen die een totale borstverwijderingsoperatie hebben ondergaan, als gevolg van borstkanker of ter preventie van borstkanker. Het Zorginstituut heeft in 2024 in aanvulling op het standpunt uit 2023 aangegeven dat reconstructie met AFT van meer dan een kwadrant en minder dan de gehele borst bij partiële defecten van de borst bij borstkanker ook in aanmerking kunnen komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering. De VAV-werkwijzer is op deze punten echter nog niet aangepast.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Aan het dossier zijn veertien foto's toegevoegd van de borsten van verzoekster. Deze dateren van twee verschillende data en tijdstippen, maar beide na de borstsparende operatie en radiotherapie in verband met DCIS in de rechterborst.

Beoordeelde foto's

Zes van deze foto's betreffen vooraanzichtfoto's. Dit betreffen bijlage 2 en bijlage 3 bij de brief van verweerder van 11 maart 2026, bijlage 2 en bijlage 3 van de brief van verweerder van 23 augustus 2022, bijlage 2, bijlage 3, bijlage 8 en bijlage 9 van de brief van 21 februari 2023, bijlage 5 van de brief van 23 augustus 2022, en bijlage 10 van de laatste brief betreft een foto in vooraanzicht bij het vooroverbuigen.

Daarnaast is een tweetal foto's in sagittaal zijaanzicht van de linkerzijde toegevoegd aan het dossier. Dit betreffen bijlage 4 van de brief van 11 maart 2026 en bijlage 4 van de brief van 21 februari 2023. Ook zijn er twee foto's in sagittaal zijaanzicht van de rechterzijde aangeleverd. Dit betreffen bijlage 6 van de brief van 11 maart 2026, bijlage 4 van de brief van 23 augustus 2022 en bijlage 6 van de brief van de brief van 21 februari 2023. Daarnaast zijn er twee foto's in zijaanzicht van de linkerzijde aangeleverd. Dit betreffen bijlage 5 van de brief van 11 maart 2026 en bijlage 5 van de brief van 21 februari 2023.

Als laatste zijn er twee foto's in zijaanzicht van de rechterzijde aangeleverd. Deze zijn zichtbaar in bijlage 7 van de brief van 11 maart 2026 en bijlage 7 van de brief van 21 februari 2023.

Beoordeling van de foto's

Op de foto's is zichtbaar dat er een verschil is tussen beide borsten van verzoekster, waarbij de rechterborst duidelijk kleiner is dan de linkerborst. Dit betreft echter geen beoordelingscriterium voor AFT in de VAV-werkwijzer. Op de foto's is zichtbaar dat de rechtertepel ten opzichte van de linkertepel meer naar buiten wijst. In de tweede serie foto's, horende bij de brief van 21 februari 2023, is het defect aan de laterale zijde van de rechterzijde met pen gemarkeerd. Op deze foto's is zichtbaar dat er bij verzoekster sprake is van afvlakking aan de laterale zijde van de borst. Er is echter geen duidelijk defect of indeuking met een diepte van twee centimeter of meer zichtbaar. Hiermee kan niet gesproken worden van verminking zoals omschreven in de VAV-werkwijzer opgenomen voorwaarden voor vergoeding van een partieel defect van de borst kleiner dan een kwadrant.

Daarnaast blijkt uit het dossier niet dat er bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster voldeed aan de voorwaarden voor AFT bij een partieel defect na een borstsparende operatie in verband met DCIS. Verzoekster kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten hiervan.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster is niet redelijkerwijs aangewezen op autologe AFT (AFT) van de rechterborst na een borstsparende operatie."

- 5.2. In het definitief advies van 20 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft de aanvullende stukken ontvangen.

Uit de aanvullende stukken 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.

Verzoekster merkt in het bericht aan SKGZ van 22 april 2026 op dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies de verkeerde DCIS graad heeft gebruikt; DCIS graad II met een diameter van 2,5 centimeter, in plaats van DCIS graad III met een diameter van 3,5 centimeter. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat ten tijde van het maken van de beoordeelde foto's bij verzoekster sprake was van DCIS graad III.

Het Zorginstituut is op basis van een visuele beoordeling tot de conclusie gekomen dat er bij verzoekster geen sprake is van een verminking zoals omschreven in de VAV-werkwijzer. Evenwel leidt dit niet tot een ander advies.

Ook bij DCIS graad III is in het geval van verzoekster geen sprake van verminking zoals omschreven in de VAV-Werkwijzer. Het voorlopig advies wijzigt daarmee dus niet."

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 plastische chirurgie 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. De commissie is zich bewust van de situatie waarin verzoekster verkeert en heeft begrip voor haar wens om de kosten van de onderhavige behandeling vergoed te krijgen. Om te beoordelen of de kosten van AFT in dit geval voor vergoeding op grond van de zorgverzekering in aanmerking komen, dient de commissie echter te beoordelen of verzoekster ten tijde van de aanvraag voldeed aan de voorwaarden die van toepassing zijn. De commissie merkt in dit verband op dat, waar het gaat om de zorgverzekering, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts ligt. Als deze een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de behandeling ook voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Het feit dat een behandelend arts van oordeel is dat een behandeling medisch gezien nodig is, maakt dus niet automatisch dat de kosten hiervan moeten worden vergoed. Recent zijn binnen de vereniging Zorgverzekeraars Nederland afspraken gemaakt over wijziging van het machtigingsbeleid, in die zin dat plastische chirurgie na borstkanker machtigingsvrij wordt. Dit wordt vanaf 15 september 2025 gefaseerd ingevoerd. Dit verandert de hiervoor beschreven verdeling van verantwoordelijkheden niet. Ook als een ingreep machtigingsvrij is, is het aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of de ingreep voor vergoeding op basis van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 7.3. Verzoekster heeft inmiddels de in januari 2025 aangevraagde AFT van de rechterborst ondergaan. 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, onderdeel 1 tot en met 5, Bzv. Artikel B.4.5. van de voorwaarden 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 (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, waarbij zij voor dit geval wel opmerkt dat de VAV-Werkwijzer niet is geactualiseerd, in die zin dat de aanvulling uit 2024 door het Zorginstituut op zijn standpunt uit 2023 hierin niet is opgenomen. Het Zorginstituut heeft hiermee rekening gehouden in zijn advies aan de commissie.
- 7.4. In zijn advies aan de commissie van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut toegelicht dat op de beschikbare foto's zichtbaar is dat er een verschil is tussen beide borsten van verzoekster, waarbij de rechterborst duidelijk kleiner is dan de linkerborst. Dit betreft echter geen beoordelingscriterium voor AFT in de VAV-Werkwijzer. Op de foto's is zichtbaar dat de rechtertepel

ten opzichte van de linkertepel meer naar buiten wijst. In de tweede serie foto's, horende bij de brief van 21 februari 2023, is het defect aan de laterale zijde van de rechterzijde met pen gemarkeerd. Op deze foto's is zichtbaar dat er bij verzoekster sprake is van afvlakking aan de laterale zijde van de borst. Er is echter geen duidelijk defect of indeuking met een diepte van twee centimeter of meer zichtbaar. Hiermee kan niet worden gesproken van verminking zoals omschreven in de voorwaarden die in de VAV-Werkwijzer zijn opgenomen voor vergoeding van een partieel defect van de borst kleiner dan een kwadrant. Daarnaast blijkt uit het dossier niet dat er bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis. Volgens het Zorginstituut kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster voldeed aan de voorwaarden voor AFT bij een partieel defect na een borstsparende operatie in verband met DCIS. Dit betekent dat verzoekster niet redelijkerwijs was aangewezen op AFT van de rechterborst na een borstsparende operatie. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd geen grond om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Zoals hiervoor is opgemerkt heeft het Zorginstituut met de aanvulling in 2024 van zijn standpunt uit 2023 wel degelijk rekening gehouden en opgemerkt dat de VAV-Werkwijzer in die zin nog niet is aangepast. Dit leidt volgens het Zorginstituut echter niet tot een andere uitkomst. Ook de stelling van verzoekster dat het Zorginstituut in het voorlopig advies van 15 april 2026 een verkeerde DCIS graad heeft gebruikt, namelijk DCIS graad II met een diameter van 2,5 centimeter, in plaats van DCIS graad III met een diameter van 3,5 centimeter leidt volgens het Zorginstituut niet tot een ander advies. Het Zorginstituut heeft hierover in zijn definitief advies van 20 mei 2026 uitgelegd dat hij op basis van een visuele beoordeling tot de conclusie is gekomen dat er bij verzoekster geen sprake is van een verminking zoals omschreven in de VAV-Werkwijzer. Ook bij DCIS graad III is in het geval van verzoekster geen sprake van verminking zoals omschreven in de VAV-Werkwijzer. Zoals het Zorginstituut in het voorlopig advies uitlegde, is er geen duidelijk defect of indeuking met een diepte van twee centimeter of meer zichtbaar. Het niet uitnodigen voor het medisch spreekuur en het door de ziektekostenverzekeraar geen contact opnemen met de behandelend plastisch chirurg, vormen voor de commissie ook geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van AFT ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juni 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 verslakte 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 gehemelte spleten, 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.

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.

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: 70% van uw rekening tot maximaal 70% 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: 70% van uw rekening tot maximaal 70% 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 verslakte 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 gehemeltespleet, 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: 70% van uw rekening tot maximaal 70% 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 gebruikstermijn.
- 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.