

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401775

Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 20 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 maart 2025 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 25 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 april 2025 aan verzoeker gezonden.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 mei 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Benfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit module A zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft in 2024 behandelingen fysiotherapie ondergaan. De kosten hiervan heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de behandelingen die na 9 mei 2024 zijn uitgevoerd geweigerd.

- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 en 23 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de behandelingen van 19, 23, 26 en 30 juli 2024 uit coulance te vergoeden.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alle door hem in 2024 ondergane behandelingen fysiotherapie te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft, in zijn klachtenformulier van 10 januari 2025 en het verzoek aan de commissie van 20 januari 2025, aangevoerd dat toen de aanvullende ziektekostenverzekering werd afgesloten, de behandelend fysiotherapeut voldeed aan de gestelde voorwaarden. Hij was op dat moment ingeschreven in het kwaliteitsregister. In het wijzigingsoverzicht van de polis van de ziektekostenverzekeraar staat: “Heeft u zorg nodig van een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck? Vanaf 1 januari 2024 moet die een kwaliteitsregistratie hebben”. De betreffende fysiotherapeut voldeed daaraan. Verzoeker betwijfelt of het hanteren van de voorwaarde van inschrijving in het kwaliteitsregister de kwaliteit van de zorg garandeert. Er wordt volgens hem niet naar de kwaliteit gekeken, maar naar de letter. De kwaliteit van de zorg door de fysiotherapeut verandert immers niet van 8 op 9 mei 2024. Verzoeker speelt honkbal op een hoog niveau. De behandelend fysiotherapeut is gespecialiseerd in fysiotherapie voor pitchers. Behandeling door een andere fysiotherapeut kan de blessure langer laten duren of mogelijk verergeren. Door andere verzekeraars worden behandelingen bij deze fysiotherapeut wel vergoed.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij pitcher is bij een honkbalteam uit de hoofdklasse. Goede en frequente behandelingen van fysiotherapie zijn essentieel om blessures te voorkomen en verminderen. Gelet op de expertise van de fysiotherapeut had verzoeker verwacht dat door de ziektekostenverzekeraar een uitzondering zou worden gemaakt. Door vast te houden aan de regel is de ziektekostenverzekeraar geen verzekeraar die er is voor zijn verzekerden. De betreffende fysiotherapeut heeft aangegeven dat hij weinig nieuws opsteekt van de cursussen die worden gegeven. Doordat hij onvoldoende bijscholingspunten heeft behaald is hij uitgeschreven.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van behandelingen fysiotherapie bij de betreffende zorgverlener vanaf 9 mei 2024. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat het hem vrijstaat om voorwaarden te verbinden aan vergoedingen vanuit de aanvullende verzekeringen. Dit kan ook de reden zijn dat de behandelingen bij een andere verzekeraar wel worden vergoed. Een fysiotherapeut moet volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van het KNGF of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Deze registratie moet aanwezig zijn om voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen.

- 4.2. Op 13 november 2023 is verzoeker op de hoogte gesteld van de wijzigingen in de polisvoorwaarden met ingang van 1 januari 2024. De ziektekostenverzekeraar heeft geen inzicht in de reden dat een kwaliteitsregistratie is vervallen. Dit kan om uiteenlopende redenen zijn. Door het ontbreken van de registratie kan niet met zekerheid worden vastgesteld of de zorgverlener nog voldoet aan de richtlijnen en kwaliteitseisen van de beroepsgroep.
- 4.3. Uit coulance heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoeker eenmalig en onverplicht tegemoet te komen door de behandelingen van 19, 23, 26 en 30 juli 2024 alsnog te vergoeden.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de voorwaarde van inschrijving in een kwaliteitsregister is ingevoerd om een bepaalde kwaliteit te waarborgen. Het is te kort door de bocht om te concluderen dat een fysiotherapeut die zich heeft gespecialiseerd in blessures bij honkbal voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen. Het is bij de ziektekostenverzekeraar niet bekend waarom de desbetreffende fysiotherapeut niet meer in het kwaliteitsregister is ingeschreven.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De verzekeringsvoorwaarden en artikel 7:940 van het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De aanspraak op fysiotherapie vanaf 18 jaar is geregeld op pagina 118 e.v. van de 'Algemene regels en Vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dekking bestaat voor 16 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar, waarbij in geval van een gecontracteerde zorgaanbieder een volledige vergoeding wordt verleend en indien het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft een lagere vergoeding. Aan het einde van het artikel is in een kader onder het kopje 'uitleg' opgenomen dat een fysiotherapeut geregistreerd moet staan in het kwaliteitsregister van het KNGF of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. In de verzekeringsvoorwaarden van 2023 was deze eis nog niet vermeld.
- 6.3. De commissie overweegt in algemene zin dat een verzekeraar de voorwaarden van een verzekering ten nadele van een verzekeringnemer of uitkeringsgerechtigde mag wijzigen. De verzekeringnemer is in dat geval gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende een maand nadat de wijziging aan hem is meegedeeld. Dit is geregeld in artikel 7:940, vierde lid, BW. Op grond van artikel 19 van de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten heeft de ziektekostenverzekeraar een informatieplicht tegenover zijn verzekerden in het geval van een voor hen nadelige wijziging van de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.4. Niet in geschil is dat verzoeker het hem in november 2023 toegezonden wijzigingsoverzicht van de verzekeringsvoorwaarden heeft ontvangen en dat hij van de toen bestaande

opzegmogelijkheid per ultimo van dat jaar geen gebruik heeft gemaakt. Dit betekent dat de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden voor hem met ingang van 2024 onverkort zijn gaan gelden. Het staat voorts vast dat de registratie van de behandelend fysiotherapeut op of omstreeks 8 mei 2024 is geëindigd. Dit betekent dat vanaf dat moment niet meer aan het bepaalde in de ‘Algemene regels en Vergoedingen’ is voldaan en verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van verdere behandelingen fysiotherapie, uitgevoerd door de betreffende zorgaanbieder, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 6.5. In tegenstelling tot wat verzoeker aanvoert betekent de vermelding in het wijzigingsoverzicht “Vanaf 1 januari 2024 moet die een kwaliteitsregistratie hebben”, niet dat het voldoende is als de fysiotherapeut op 1 januari 2024 geregistreerd stond in een erkend kwaliteitsregister. In de polisvoorwaarden is geen steun te vinden voor de stelling dat de voorwaarde alleen geldt voor ‘nieuwe’ fysiotherapeuten en dat fysiotherapeuten die op 1 januari 2024 geregistreerd stonden in één van de kwaliteitsregisters daarna niet meer aan deze eis hoeven te voldoen. Die lezing verdraagt zich ook niet met de door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg, namelijk dat de eis is opgenomen om zeker te stellen dat de fysiotherapeut “nog voldoet aan de richtlijnen en kwaliteitseisen van de beroepsgroep”. Hieruit volgt dat de eis alleen zo kan worden begrepen dat behandelingen fysiotherapie voor vergoeding in aanmerking komen *zolang* de fysiotherapeut is geregistreerd in het kwaliteitsregister van het KNGF of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Om dezelfde reden treft de stelling van verzoeker dat de kwaliteit van de geleverde zorg niet van 8 op 9 mei 2024 is veranderd geen doel.

Hoewel de commissie begrip heeft voor de wens van verzoeker zich door deze gespecialiseerde fysiotherapeut te laten behandelen, maakt ook diens bijzondere expertise de hiervoor getrokken conclusies niet anders.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op enig moment uit coulance nog enkele behandelingen fysiotherapie vergoed na de datum waarop de registratie van de behandelend fysiotherapeut in het kwaliteitsregister eindigde. Daaraan kan verzoeker niet het vertrouwen ontnemen dat alle behandelingen in 2024 zouden worden vergoed. Het leidt ook niet anderszins tot een wijziging van de hiervoor getrokken conclusies.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juni 2025,

B.L.A. van Drunen

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 aanvullende ziektekostenverzekering

● Fysiotherapie en oefentherapie vanaf 18 jaar

Als bewegen moeilijk gaat of pijn doet.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Behandelingen: • Lijst chronische fysiotherapie: vanaf 21e • Etalagebenen: max. 37 • Artrose heup of knie: max. 12 • COPD: afhankelijk van GOLD-stadium, 0 tot 70 • Urine-incontinentie: max. 9 • Reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis en COVID-19, uit vergoeding Voorwaardelijk toegelaten zorg • Valpreventieve beweeginterventie Er kan een maximale behandelperiode gelden
Startfit	• 10 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Benfit	• 16 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Optifit	• 30 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Topfit	• 50 behandelingen, daarvan max. 9 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar
Superfit	• 100%, max. 18 behandelingen manuele therapie • 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding Max. per kalenderjaar

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u lichamelijke klachten bij het bewegen, of door uw houding? Dan kan de fysiotherapeut of oefentherapeut bepalen wat er precies aan de hand is en u behandelen en begeleiden bij uw herstel. Vaak krijgt u oefeningen om te herstellen en om na het herstel te voorkomen dat de klachten terugkeren. Deze oefeningen doet u zelf thuis of in een sportschool.

Heeft u lichte klachten? Of wilt u klachten voorkomen? Dan kunt u met de [Fysiochecknu app](#) ook zelf aan de slag. Doe de online fysio check en u krijgt een persoonlijk oefenprogramma in de app.

Bewegen

Als u 18 jaar of ouder bent, vergoedt de **Vrije Keuze Basisverzekering** fysiotherapie en oefentherapie bij 6 aandoeningen. En bij valpreventieve beweeginterventie. We zetten het hieronder op een rij.

Ook vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie en oefentherapie bij de volgende aandoeningen:

- 1 Heeft u behandeling nodig door **een aandoening die op de lijst chronische fysiotherapie staat?** Dan vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de 21e behandeling. De basisverzekering vergoedt de eerste 20 behandelingen dus niet. Als in de lijst een maximale behandelperiode staat, stopt de vergoeding uit de basisverzekering als die periode om is.
- 2 Bij **etalagebenen** (vernauwde slagaderen in de benen) vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding (looptraining), vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine¹ heeft. De basisverzekering vergoedt maximaal 37 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden.
- 3 Bij **artrose in heup of knie** vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding vanaf de 1e behandeling. De basisverzekering vergoedt maximaal 12 behandelingen, over een periode van 12 maanden.
- 4 Bij **COPD** vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering oefentherapie onder begeleiding, vanaf de 1e behandeling. Een arts moet hebben vastgesteld dat u COPD in GOLD²-stadium II of hoger heeft, en in welke klasse uw symptomen vallen. De basisverzekering vergoedt bij:
 - klasse A: 1 keer maximaal 5 behandelingen, over een periode van maximaal 12 maanden
 - klasse B1: maximaal 27 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 3 behandelingen per 12 maanden
 - klasse B2, C en D: maximaal 70 behandelingen in de 1e periode van maximaal 12 maanden, daarna steeds maximaal 52 behandelingen per 12 maanden
- 5 Bij **urine-incontinentie** vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering 1 keer maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie, vanaf de 1e behandeling.
- 6 Bij **reumatoïde artritis en axiale spondyloartritis, en na ernstige COVID-19**, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering fysiotherapie soms, als u meedoet aan onderzoek. De voorwaarden staan in Voorwaardelijk toegelaten zorg.

Valpreventieve beweeginterventie

Meestal biedt uw gemeente een valpreventief trainingsprogramma aan. Soms vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering een valpreventieve beweeginterventie. Dat is zo als:

- er bij u een hoog valrisico is vastgesteld in de valrisicotest, en
- uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg een valrisicobeoordeling heeft gedaan, en
- uit die valrisicobeoordeling is gebleken dat u begeleiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut nodig heeft door lichamelijke of psychische problemen

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt alleen door ons erkende valpreventieve beweeginterventies.

Heeft u een valpreventieve beweeginterventie gedaan en heeft u er nog een nodig? Dan vergoeden wij die alleen als de start ervan minimaal 12 maanden later is dan de start van de vorige interventie.

De **aanvullende verzekeringen** vergoeden extra behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. U kunt deze gebruiken als de basisverzekering (nog) niet vergoedt. Het maximale aantal behandelingen per kalenderjaar staat hierboven.

Voor fysiotherapie uit de aanvullende verzekering, adviseren wij u naar een gecontracteerde fysiotherapeut te gaan. In onze Zorgzoeker ziet u met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben. Heeft uw fysiotherapeut geen contract met ons? Dan gelden er maximale vergoedingen per behandeling. De rest betaalt u zelf.

Deze maximale vergoedingen gelden niet voor oefentherapie Cesar of Mensendieck.

Hier kunt u terecht

Voor een valpreventieve beweeginterventie: een fysio- of oefentherapeut die bij de erkende valpreventieve beweeginterventies genoemd staat.

Voor andere zorg uit de Vrije Keuze Basisverzekering:

- fysiotherapeut³
- manueel therapeut⁴
- oefentherapeut Mensendieck of Cesar⁵
- bekkenfysiotherapeut⁶ of bekkenoefentherapeut⁷
- geriatriefysiotherapeut⁸ of geriatrie-oefentherapeut⁹
- oedeemfysiotherapeut¹⁰
- huidtherapeut¹¹: alleen voor oedeem- en littekentherapie

Voor zorg uit de aanvullende verzekering kunt u ook nog terecht bij de psychosomatisch fysiotherapeut¹² of psychosomatisch oefentherapeut¹³.

Andere vergoedingen

Wilt u naar een andere therapeut? Bijvoorbeeld een chiropractor of osteopaat? Daarvoor geldt de vergoeding Alternatieve geneeswijzen en beweegzorg.

Heeft u sportklachten? De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden ook sportmedisch onderzoek en begeleiding. Daarvoor geldt de vergoeding Preventief onderzoek.

Komt u niet in aanmerking voor onze valpreventieve beweeginterventie? Neemt u dan contact op met uw gemeente. Ook die biedt trainingsprogramma's voor valpreventie aan. Heeft uw gemeente geen passend aanbod? Dan geldt soms de vergoeding Preventiecursussen.

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor fysiotherapie en oefentherapie betaalt u geen eigen bijdrage.

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor fysiotherapie en oefentherapie die onder de basisverzekering valt. Dus ook voor de valpreventieve beweeginterventie. Zo werkt het eigen risico

• Dit moet u zelf doen

Voor de valpreventieve beweeginterventie moet u een verwijzing hebben

U moet een verwijzing hebben van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg.

Andere behandellocatie? Dan moet u ons vooraf toestemming vragen

Fysiotherapie of oefentherapie krijgt u in de praktijk van de therapeut of bij u thuis. Voor zorg ergens anders (bijvoorbeeld op het werk) moet u ons vooraf toestemming vragen. Die geven wij alleen als er een medische reden voor is.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als de zorg niet doeltreffend is. En ook niet als u fysiotherapie of oefentherapie krijgt om een hoger sportniveau te bereiken. Om dat te beoordelen, kunnen wij (aanvullende) informatie opvragen over uw behandeltraject.

Bewegen

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de fysiotherapie en oefentherapie die fysio- en oefentherapeuten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee

Bent u dit jaar 18 jaar geworden? Vanaf dat moment geldt fysiotherapie vanaf 18 jaar. Behandelingen onder de 18 jaar tellen mee in het maximum aantal behandelingen.

Let op uw eigen risico als de specialist ouderengeneeskunde de valrisicobeoordeling doet

De valrisicobeoordeling doet uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde of POH ouderenzorg. Als de huisarts of POH ouderenzorg deze beoordeling doet, geldt geen eigen risico. Als de specialist ouderengeneeskunde deze beoordeling doet, valt dat onder de vergoeding Geneeskundige zorg voor specifieke patientgroepen (gzsp) en geldt het eigen risico wel.

Uitleg

1. Fontaine: Een indeling voor de ernst van vaatlijden (zoals etalagebenen). Deze gaat van stadium I (geen klachten) tot stadium IV (weefselafsterving)
2. GOLD: Een wereldwijd gebruikte indeling voor de ernst van COPD. Deze gaat van stadium I (licht) tot stadium IV (zeer ernstig)
3. Fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
4. Manueel therapeut: Deze moet geregistreerd staan als manueel therapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
5. Oefentherapeut Mensendieck of Cesar: Deze moet geregistreerd staan als oefentherapeut Mensendieck of Cesar in het Kwaliteitsregister Paramedici
6. Bekkenfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
7. Bekkenoefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als bekkenoefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
8. Geriatriefysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatriefysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9. Geriatrie-oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als geriatrie-oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
10. Oedeemfysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als oedeemfysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
11. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
12. Psychosomatisch fysiotherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch fysiotherapeut in het kwaliteitsregister van KNGF of Stichting Keurmerk Fysiotherapie
13. Psychosomatisch oefentherapeut: Deze moet geregistreerd staan als psychosomatisch oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.