

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202501055

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij bericht van 19 november 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 december 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 13 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Op 2 april 2026 heeft verzoekster informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 9 april 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026006260) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 april 2026 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 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 13 mei 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zuid-Limburgpakket en Zuid-Limburgpakket Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft op 3 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor Flash Glucose Monitoring (hierna: FGM).
- 2.3. Bij brief van 6 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 6 en 14 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 13 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 FGM te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster toegelicht dat zij kampt met een ernstige vorm van hypoglykemieën na een maagoperatie. Verzoekster prikt om haar bloedsuiker te bepalen, maar is vaak te laat. Hierdoor raakt zij regelmatig bewusteloos. Omdat verzoekster vaak alleen is, moet er dan een ambulance komen. Verzoekster is laatst gevallen en dit heeft zorgkosten veroorzaakt. Het gebruik van FGM zal kosten besparen voor de ziektekostenverzekeraar. Verder is niet in geschil dat het gebruik van FGM medisch noodzakelijk is bij het ziektebeeld van verzoekster. De behandelend medisch specialist en de ziektekostenverzekeraar zijn het hierover eens. Door FGM kan verzoekster vroegtijdig worden gewaarschuwd, waardoor hypoglykemie unawareness minder vaak zal voorkomen, zo niet uitgesloten kan worden. Volgens de ziektekostenverzekeraar dienen de kosten van FGM te worden vergoed vanuit het DBC-tarief dat aan het ziekenhuis wordt betaald voor de medisch specialistische behandeling, maar dat blijkt in de praktijk niet mogelijk.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij na een gastric bypassoperatie kampt met het dumpingsyndroom. Dit uit zich in overmatig zweten, trillingen en bewusteloosheid. De hypoglykemieën zijn zeer frequent (2 à 3 keer in de week). Daardoor gaat verzoekster niet graag de deur uit, kan zij niet op vakantie en ook alleen zijn durft zij niet, omdat er dan niemand in de buurt is die haar kan helpen. Als verzoekster de beschikking zou hebben over FGM, dan zouden er minder wegrakingen zijn en zou zij een veel betere kwaliteit van leven hebben. Gelet op deze voordelen zou een FGM eigenlijk tot de verzekerde zorg moeten behoren. Wat in dat verband frustrerend is, is dat verzekerden met diabetes wel aanspraak kunnen maken op FGM. De symptomen zijn gelijk en dan voelt het zeer oneerlijk. Het is vergelijkbaar met de situatie dat twee auto's een ongeval krijgen en de ene auto mag wel worden gerepareerd en de andere niet, omdat deze toevallig een andere kleur heeft. Verzoekster heeft verklaard dat zij van de behandelend arts heeft begrepen dat er geen aparte DBC-zorgproductcode bestaat voor FGM. De Zorgadministratie van het ziekenhuis heeft op 12 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar heeft laten weten dat FGM binnen het lopende DBC-traject dient te worden gedeclareerd en dat het klopt dat er geen aparte DBC-code voor bestaat. Verzoekster heeft op 20 april 2026 een gesprek heeft gehad met de behandelend arts. Tijdens dit gesprek heeft hij aangegeven dat er een DBC zal worden aangemaakt, waardoor FGM vanuit het lopende DBC-traject kan worden vergoed.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag van verzoekster voor vergoeding van FGM vanuit hulpmiddelenzorg is afgewezen.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 13 maart 2026 toegelicht dat verzoekster vraagt om vergoeding van FGM, omdat zij lijdt aan dumpingsyndroom na gastric bypasschirurgie, met ernstige hypoglykemieën, waarbij sprake is van hypoglykemie unawareness. Verzoekster voldoet echter niet aan de toepasselijke voorwaarden voor vergoeding van FGM vanuit hulpmiddelenzorg, omdat zij niet behoort tot een van de groepen zoals beschreven in het 'Reglement hulpmiddelen 2025' van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Verzoekster vraagt de ziektekostenverzekeraar om in haar situatie een uitzondering te maken en de kosten van FGM ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat hij is gehouden om, binnen de grenzen van de wet- en regelgeving en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, uitsluitend zorg te vergoeden waarbij wordt voldaan aan de geldende vergoedingsvoorwaarden. Daarnaast zou het maken van een uitzondering in het geval van verzoekster leiden tot ongerechtvaardigd onderscheid ten opzichte van andere verzekerden die eveneens zorg wensen die niet voldoet aan de toepasselijke vergoedingsvoorwaarden.
- 4.4. Verzoekster heeft ter onderbouwing van haar verzoek een brief van haar behandelend medisch specialist overgelegd. In deze brief wordt toegelicht dat bij verzoekster een medische indicatie bestaat voor de inzet van FGM. Een hulpmiddel zoals FGM kan deel uitmaken van de aanspraak op medisch specialistische zorg, mits wordt voldaan aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Zo moet de inzet van FGM voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en dient de verzekerde naar inhoud en omvang op de zorg te zijn aangewezen. Om verzoekster zo goed mogelijk te ondersteunen, heeft de medisch adviseur op 28 november 2025 telefonisch contact opgenomen met de behandelend medisch specialist. Tijdens dit gesprek is toegelicht dat in de situatie van verzoekster niet wordt voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding van FGM vanuit hulpmiddelenzorg, omdat bij haar geen sprake is van diabetes. Ook is meegedeeld dat de inzet van FGM, indien dit medisch wordt geïndiceerd, deel kan uitmaken van de aanspraak op medisch specialistische zorg. De kosten van medisch specialistische zorg kunnen door middel van een DBC bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd. Met betrekking tot de mogelijkheid van een afzonderlijke DBC voor de inzet van FGM is de behandelend medisch specialist geadviseerd om dit met de beroepsgroep te bespreken. De behandelend medisch specialist gaf aan dat hij hiermee voldoende was geïnformeerd en de mogelijkheden verder ging onderzoeken. In het kader van de procedure bij de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals contact opgenomen met het ziekenhuis waar verzoekster onder behandeling is. De Zorgadministratie van het ziekenhuis heeft op 12 maart 2026 het volgende bevestigd: *“Als Zorgadministratie kunnen wij geen inhoudelijk standpunt innemen over medische indicaties, maar geven we uitsluitend weer hoe de bekostiging volgens de MSZ-systematiek werkt. In dit geval hebben we:*
 - *de informatie van [de ziektekostenverzekeraar] en de medisch adviseur correct doorgeleid;*
 - *toegelicht dat FGM bij dumping syndroom niet onder hulpmiddelenzorg valt en*
 - *dat het gebruik hiervan, wanneer medisch noodzakelijk geacht door de behandelend arts, bekostigd wordt binnen het lopende DBC traject en niet separaat kan worden gedeclareerd.”*
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij begrip heeft voor de situatie waarin verzoekster verkeert. Dit neemt niet weg dat hij de taak heeft om te beoordelen of het gevraagde ook daadwerkelijk ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. In dat verband kan FGM vanuit hulpmiddelenzorg worden vergoed. Voorwaarde hierbij is dat de verzekerde lijdt aan diabetes. Dit is bij verzoekster niet aan de orde en hierover bestaat ook

geen verschil van mening. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om FGM te vergoeden vanuit het lopende DBC-traject voor medisch-specialistische zorg, als wordt voldaan aan de geldende vergoedingsvoorwaarden. Met betrekking tot dit laatste is relevant dat er een medische indicatie moet zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft ook contact gehad met het ziekenhuis waar verzoekster onder behandeling is. Afsproken is dat de behandelend arts op de hoogte zou worden gebracht van het feit dat FGM vanuit het lopende DBC-traject kan worden vergoed. FGM kan vanuit het lopende DBC-traject worden vergoed als het gebruik door de behandelend arts noodzakelijk wordt geacht. Als de arts FGM in de situatie van verzoekster noodzakelijk acht, dan dient het ziekenhuis de FGM aan verzoekster te verstrekken. De ziektekostenverzekeraar gaat hier niet over. Als door de behandelend arts een DBC-zorgproductcode zal worden gedeclareerd, zal deze in overeenstemming met de geldende verzekeringsvoorwaarden worden vergoed.

5. Advies Zorginstituut

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

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Hulpmiddelenzorg

FGM kan alleen voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg als bij een verzekerde sprake is van diabetes. Uit de brief van de behandelend internist van verzoekster, gedateerd op 11 mei 2024, blijkt dat bij verzoekster sprake is van een dumpingsyndroom met ernstige hypoglykemieën en hypoglykemie unawareness na gastric bypasschirurgie. Nu er bij verzoekster geen sprake is van diabetes, voldoet verzoekster niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Medisch specialistische zorg

Als FGM geïndiceerd is bij een andere aandoening dan diabetes, kan deze onder de aanspraak medisch-specialistische zorg vallen. Hiervoor geldt dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat de verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg. Dit is echter niet in geschil. Uit de brief van 14 maart 2025 blijkt dat verweerder, op basis van de beschikbare informatie van de internist, wel aanvaardt dat FGM van toegevoegde waarde is bij verzoekster.

In de brief van 13 maart 2026 geeft verweerder aan dat de inzet van FGM kan worden vergoed vanuit het lopende DBC-traject voor medisch specialistische zorg, indien wordt voldaan aan de geldende vergoedingsvoorwaarden. Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat hij niet kan adviseren over de bekostiging, aangezien de adviestaak van het Zorginstituut enkel ziet op de aanspraak.

Conclusie

Op basis van de beschikbare medische informatie in het dossier voldoet verzekerde niet aan de indicatievoorwaarden voor vergoeding van FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van FGM vanuit de aanspraak hulpmiddelenzorg.”

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 10 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 hulpmiddelenzorg, medisch specialistische zorg, en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op', en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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 zorgverzekering biedt onder andere aanspraak op hulpmiddelenzorg. Dit is geregeld in artikel 36 van de voorwaarden van de zorgverzekering en nader uitgewerkt in het Reglement hulpmiddelen 2025' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). De aanspraak op hulpmiddelen bij diabetes is vermeld op de pagina's 33 tot en met 35 van het reglement. Hetgeen hier is beschreven vormt een uitwerking van de artikelen 2.9 Bzv en 2.6, onderdeel o, Rzv. Tussen partijen is niet in geschil dat in het kader van de behandeling van diabetes mellitus FGM voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en – als onderdeel van de aanspraak op hulpmiddelenzorg - een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering.
- 7.3. Aan de verstrekking of vergoeding van het hulpmiddel zijn voorwaarden met betrekking tot de indicatie verbonden. Zo is op pagina 34 van het reglement opgenomen dat een verzekerde in aanmerking komt voor FGM als hij behoort tot een van de volgende groepen: (1) verzekerden met diabetes type I met een intensief insulineschema, (2) verzekerden met diabetes type 2 met een intensief insulineschema, (3) zwangere vrouwen met bestaande diabetes die insuline gebruiken (geen zwangerschapsdiabetes) en (4) vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben en insuline gebruiken.
- 7.4. Het staat vast dat verzoekster niet kampt met diabetes mellitus en daarmee niet voldoet aan de in het reglement onder (1) tot en met (4) genoemde voorwaarden voor FGM. Ook het Zorginstituut komt in het voorlopig advies van 15 april 2026 tot de conclusie dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van FGM vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg van de zorgverzekering. Daarmee is de afwijzing van de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden terecht.
- 7.5. Verzoekster is bekend met dumpingsyndroom met ernstige hypoglykemieën en hypoglykemie unawareness na gastric bypasschirurgie zodat volgens haar een uitzondering moet worden gemaakt. De commissie begrijpt dit aldus dat zij een beroep doet op artikel 6:248, tweede lid, BW. Hoewel de commissie begrip heeft voor de wens van verzoekster om FGM te gebruiken, kan zij haar hierin niet volgen. Uitgangspunt is dat van de door de wetgever dwingendrechtelijk voorgeschreven dekking van de zorgverzekering, nader ingevuld door de pakketbeheerder, slechts bij uitzondering kan worden afgeweken. De door verzoekster genoemde omstandigheden zijn daarvoor onvoldoende.
- 7.6. Een andere vraag is die of FGM in de situatie van verzoekster moet worden vergoed als onderdeel van de aanspraak op medisch specialistische zorg, in dat geval vanuit een DBC-zorgproduct en daarmee feitelijk ten laste van de zorgaanbieder. Uitgangspunt is dat hulpmiddelen die onderdeel zijn van een medisch specialistische behandeling vallen onder de aanspraak op medisch specialistische zorg. De vergoeding van

diabeteshulpmiddelen vanuit de aanspraak op hulpmiddelenzorg vormt een uitzondering op deze hoofdregel. Vergoeding vanuit het DBC-zorgproduct is daarom in beginsel mogelijk. Of FGM in het kader van de aanspraak op medisch specialistische zorg kan worden vergoed is ter beoordeling aan de zorgaanbieder. Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat haar behandelend internist tijdens het consult op 20 april 2026 het voorgaande heeft bevestigd. De ziektekostenverzekeraar heeft, eveneens ter zitting, verklaard dat de alsdan gedeclareerde DBC volgens de geldende verzekeringsvoorwaarden zal worden vergoed. De commissie neemt hier goede nota van.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 mei 2026,

H.A.J. Kroon

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 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
 - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
 - b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.
2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.6

De aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- (...)
- o. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen bij de behandeling van diabetes;
- (...)

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Ruime Keuze is een naturaverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van het contract, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

Hier kunt u terecht

Bij een apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming kunt u gebruikmaken van het door uw huisarts voorgeschreven recept of de door uw medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN Verklaring polymere, oligomere of modulaire dieetpreparaten). Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

HULPMIDDELENZORG

Artikel 36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- Of u het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- De kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- Of u een verwijzing nodig heeft en zo ja, van wie;
- Of u vooraf onze toestemming nodig heeft (voor (eerste) aanschaf, herhaling of reparatie);
- Gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- Bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een zorgaanbieder voor hulpmiddelen (hulpmiddelenleverancier). In het Reglement hulpmiddelen vindt u of de hulpmiddelenleverancier aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Hulpmiddelenzorg niet overdragen aan zorgaanbieders (hulpmiddelenleveranciers) of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Bruikleen

Verstrekt een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract een hulpmiddel in bruikleen? En gaat u voor dit hulpmiddel naar een zorgaanbieder zonder contract? Dan vergoeden wij maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar die wij betaald zouden hebben als u naar een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract voor de betreffende zorg zou zijn gegaan. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen vindt u welke hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt door een zorgaanbieder (hulpmiddelenleverancier) met contract.

Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig heeft. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig heeft. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Extra informatie

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruiksstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruiksstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen heeft ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

VERBLIJF IN EEN INSTELLING

Artikel 37. Verblif

Verblif is medisch noodzakelijk verblif van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel [11. Huisartsenzorg](#)), verloskundige zorg (artikel [15.1. Verloskundige zorg](#)), medisch specialistische zorg (artikelen 16 tot en met 23), GGZ (artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#)) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (artikel [30. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar](#), [31. Bijzondere tandheelkunde](#) en artikel [32. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#)) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar. Verblif omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblif is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die medische kindzorg (intensieve kindzorg) nodig hebben zoals omschreven in artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\)](#).

Een vergoeding voor verblif in de nabijheid van een ziekenhuis is mogelijk als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De vergoeding bedraagt maximaal € 91 per dag.

Wanneer heeft u recht op een vergoeding voor verblif in de nabijheid van een ziekenhuis?

Ondergaat u CAR T-celtherapie en woont u op meer dan 60 minuten reizen van het expertziekenhuis waar u de behandeling ondergaat? Dan kunnen wij op uw verzoek een vergoeding voor verblif in de nabijheid van het ziekenhuis geven. De vergoeding begint op de dag dat u het ziekenhuis verlaat en stopt na 14 dagen, tenzij u langer in de buurt van het ziekenhuis moet blijven in verband met medische complicaties. De vergoeding bedraagt maximaal € 91 per dag.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Het verblif mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblif mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblif in verband met medische kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel [1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hulpmiddelen bij diabetes als omschreven in artikel 2.6 sub o Regeling zorgverzekering

Bloedglucosemeter		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorschrijver	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja

Insulinepomp en toebehoren		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	<p>De insulinepomp wordt inclusief batterijen geleverd. U heeft geen recht op vervanging van de batterijen.</p> <p>U heeft geen recht op een reserve insulinepomp. U heeft wel recht op een vakantieleenpomp.</p> <p>Toebehoren bij insulinepompen zijn bijvoorbeeld infusiesets, niet voorgevulde ampullen/reservoirs, canules, katheters, inbrengsystemen en adapters.</p>	
Voorschrijver	Behandelend medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	
Eigendom of bruikleen	Insulinepomp: bruikleen Toebehoren: eigendom	Eigendom/huur
Gebruikstermijn	4 jaar	
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Insulinepomp: nee Toebehoren: ja	Ja
Bijzonderheden	U heeft recht op 1 infusieset per 3 dagen.	

Vingerprikapparatuur voor het zelf afnemen van bloed		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op een prikpen en lancetten.	
Voorschrijver	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja
Bijzonderheden	Het maximaal aantal lancetten is gebaseerd op de EADV (V&VN)-richtlijn en het voorschrift. Bent u nagenoeg uitbehandeld met orale middelen? Dan heeft u recht op eenmalig 100 lancetten.	

Teststrips		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorschrijver	Behandelend arts of diabetesverpleegkundige	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja
Bijzonderheden	Het maximaal aantal te vergoeden teststrips is gebaseerd op de EADV (V&VN)-richtlijn en het voorschrift. Bent u nagenoeg uitbehandeld met orale middelen? Dan heeft u recht op eenmalig 100 strips.	

Injectiemateriaal voor het toedienen van insuline		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op injectiespuiten en injectiepen met toebehoren voor het toedienen van insuline.	
Voorschrijver	Behandelend arts of diabetes verpleegkundige	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	Apotheek of SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Nee
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja
Bijzonderheden	U heeft recht op 1 injectiepen (insulinepen) per insulinesoort en 1 reservepen per 36 maanden.	

Glucosemonitor: FGM		
	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op Flash Glucose Monitoring (FGM, zoals de Free Style Libre) als u behoort tot een van de volgende groepen: <ul style="list-style-type: none"> - Verzekerden met diabetes type I met een intensief insulineschema - Verzekerden met diabetes type 2 met een intensief insulineschema - Zwangere vrouwen met bestaande diabetes die insuline gebruiken (geen zwangerschapsdiabetes) - Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben en insuline gebruiken. Een intensief insulineschema is 4 of meer keer per dag insuline injecteren of een insulinepomp gebruiken.	
Voorschrijver	Behandelend arts, diabetes verpleegkundige of verpleegkundig specialist	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja
Bijzonderheden	Als u gebruikmaakt van FGM heeft u daarnaast recht op maximaal 200 teststrips en lancetten per jaar. Komt u in aanmerking voor FGM? Dan kunt u ook in aanmerking komen voor rt-CGM. Rt-CGM moet dan goedkoper zijn dan FGM. Of gelijk in prijs zijn. Dit ter beoordeling door de zorgverzekeraar.	

Glucosemonitoring: rt-CGM

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorwaarden & uitsluitingen	U heeft recht op Real Time Continue Glucose Monitoring (rt-CGM) als u behoort tot een van de volgende groepen: - Kinderen met diabetes type 1 - Volwassenen met slecht ingesteld diabetes type 1 (ondanks standaardcontrole blijvend hoog HbA1c >8% of >64 mmol/mol) - Volwassenen met diabetes type 1, die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemieën en/of die ongevoelig zijn om hypoglykemie waar te nemen ('hypoglycemia unawareness') - Zwangere vrouwen met bestaande diabetes (type 1 en 2) - Vrouwen met een zwangerschapswens bij een preconceptionele diabetes (type 1 en 2).	
Voorschrijver	Behandelend medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja

Bloedketonenmeter en ketonen teststrips

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorschrijver	Behandelend medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist	
Eigendom of bruikleen	Eigendom	Eigendom
Verplichte kwaliteitseisen hulpmiddelenleverancier	SEMH-erkenning DISW-d	
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Ja	Ja

Infuuspomp voor geneesmiddelen als omschreven in artikel 2.22 Regeling zorgverzekering**Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren**

	Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier	Niet-gecontracteerde hulpmiddelenleverancier
Voorschrijver	Behandelend arts	
Eigendom of bruikleen	Bruikleen	Eigendom/huur
Voorafgaande toestemming van zorgverzekeraar	Nee	Ja
Vergoeding	Zie artikel 1.3 verzekeringsvoorwaarden	Zie artikel 1.4 verzekeringsvoorwaarden
Eigen risico vanaf 18 jaar	Nee	Ja