

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen N.V. Zorgverzekeraar UMC te Arnhem
Zaak	: Geneeskundige zorg, explantatie borstprotheses, eigen risico, schadevergoeding
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, artt. 6:162 en 6:163 BW
Zaaknummer	: 202100516
Zittingsdatum	: 20 april 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 6 augustus 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 21 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 januari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Bij die gelegenheid heeft hij aangeboden de betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2020 te restitueren. Een kopie van deze brief is op 18 januari 2022 aan verzoekster gestuurd, waarbij haar is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Verzoekster heeft op 31 januari 2022 aan de commissie meegedeeld dat dit niet het geval is.
- 2.3. Een kopie van de reactie van verzoekster is op 2 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 februari 2022 een aanvullende tegemoetkoming voorgesteld. Een kopie hiervan is op 15 februari 2022 aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft op 27 februari 2022 aan de commissie meegedeeld dat het geschil ook hiermee nog niet is opgelost. Zij heeft in haar reactie het verzoek aan de commissie uitgebreid. Een kopie van de reactie van verzoekster is op 2 maart 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 maart 2022 gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid. Een kopie van zijn reactie is op 17 maart 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 17 maart 2022 respectievelijk 21 maart 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering UMC Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering UMC Extra Zorg 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster had al jarenlang last van onder andere pijnklachten. Zij wilde daarom haar borstprothesen laten verwijderen. De behandelend plastisch chirurg heeft hiertoe op 17 november 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 november 2020 aanvullende informatie opgevraagd bij verzoekster.

Bij brief van 28 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 1 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij alsnog een machtiging verleent voor het verwijderen van de borstprothesen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is de geldigheid van de machtiging beperkt tot en met 31 december 2020, omdat verzoekster haar verzekering met ingang van 1 januari 2021 heeft beëindigd.
- 3.5. Verzoekster heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd in haar zaak te bemiddelen. In een reactie aan de Ombudsman heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden verzoekster te compenseren voor haar eigen risico 2021, althans voor zover zij dit heeft verbruikt omdat *"de gevraagde ingreep in 2021 vanuit de basisverzekering is vergoed"* door haar nieuwe zorgverzekeraar. Verzoekster is niet akkoord gegaan met dit aanbod.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie, na wijziging van het verzoek, gevraagd te beslissen dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2019 en 2020 aan haar moet terugbetalen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan haar het eigen risico vanaf 2020 moet vergoeden, voor zover dit althans betrekking heeft op de kosten die verband houden met de aangevraagde behandeling;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar aan haar een vergoeding moet verlenen voor de kosten van reizen, parkeren, brieven, enzovoorts;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar aan haar een vergoeding moet betalen vanwege immateriële schade.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde behandeling ten onrechte uitsluitend heeft beoordeeld in het kader van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt namelijk aanspraak op vergoeding van de kosten van het

verwijderen van borstprothesen zonder medische indicatie. Bij de beoordeling had de ziektekostenverzekeraar bovendien eerst moeten kijken of de gevraagde ingreep ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kon worden vergoed vóórdat werd getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast heeft de beoordeling veel te lang geduurd, namelijk vijftien weken in plaats van tien werkdagen. Hierdoor was verzoekster op het moment dat de machtiging werd verleend al niet meer verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster merkt op dat zij speciaal naar de ziektekostenverzekeraar was overgestapt, omdat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking bood voor het verwijderen van borstprothesen zonder medische indicatie. Omdat zij uiteindelijk geen gebruik heeft kunnen maken van deze dekking, vordert zij de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2019 en 2020 terug.

Verzoekster merkt verder op dat haar nieuwe zorgverzekeraar heeft geoordeeld dat zij wél aanspraak heeft op het verwijderen van de borstprothesen ten laste van de zorgverzekering. Zij heeft hiervoor extra kosten moeten maken. Zo moest zij eerst extra onderzoek laten verrichten. De hiermee gemoeide kosten komen ten laste van haar eigen risico. Als de ziektekostenverzekeraar tijdig de juiste beslissing had genomen, had zij deze extra kosten niet gehad.

Daarnaast vordert verzoekster een vergoeding voor de gemaakte kosten in verband met reizen, parkeren en het schrijven van brieven (kopieën, stroom, tijd en energie) alsmede een schadevergoeding vanwege het "extra geleden leed waardoor mijn leven onnodig extra lang stilstaat". Verzoekster laat het aan de commissie om de hoogte van de schadevergoeding hiervoor vast te stellen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat hij in zowel eerste instantie als de heroverweging heeft verzuimd te beoordelen of de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bood op vergoeding van de gevraagde behandeling. Daarom is hij bereid aan verzoekster de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van het jaar 2020 terug te betalen. Ook wil de ziektekostenverzekeraar het eigen risico van 2021 aan verzoekster vergoeden, althans voor zover dit is aangesproken in verband met het verwijderen van de borstprothesen in dat jaar. Hiertoe moet verzoekster nog een specificatie van het eigen risico 2021 (toegespitst op de verwijdering van de borstprothesen) aan de ziektekostenverzekeraar sturen.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij destijds niet alle informatie heeft ontvangen bij de aanvraag voor het verwijderen van de borstprothesen. Als dit wel het geval was geweest, was hij destijds wellicht tot een ander standpunt gekomen.

Overwegingen commissie

- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2020 aanspraak had op het verwijderen van haar borstprothesen. Evenmin is in geschil dat de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvraag destijds ten onrechte niet heeft beoordeeld op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Wat partijen verdeeld houdt, is welke gevolgen hieraan moeten worden verbonden.
- 6.5. Volgens verzoekster moet een aanvraag eerst worden beoordeeld op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering en daarna pas op grond van de zorgverzekering. In artikel 1.9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is echter bepaald dat geen recht bestaat op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering als aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering. De zorgverzekering gaat dus voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit de stukken blijkt niet dat verzoekster de behandeling alleen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering wilde aanvragen. Daarom acht de commissie het juist dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag eerst heeft beoordeeld op basis van de

zorgverzekering. Hij had deze vervolgens ook moeten beoordelen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, hetgeen is nagelaten. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels toegegeven dat dit laatste niet juist was.

- 6.6. Verzoekster vordert teruggave van de door haar betaalde premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering van de jaren 2019 en 2020. De ziektekostenverzekeraar is bereid de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2020 aan verzoekster te vergoeden. De commissie overweegt dat verzoekster in november 2020 een aanvraag heeft ingediend voor het verwijderen van de borstprothesen. Gesteld noch gebleken is dat zij in 2019 al een dergelijke aanvraag heeft ingediend die - net als in 2020 - is afgewezen zonder dat werd beoordeeld of aanspraak bestond ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Nu op dit specifieke onderdeel van de dekking in 2019 geen beroep is gedaan en in dat jaar (dus) geen sprake kan zijn geweest van een onjuiste beoordeling, ziet de commissie niet in waarom de ziektekostenverzekeraar gehouden kan worden de betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2019 aan verzoekster te vergoeden. Mogelijk is dit anders voor de betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2020, maar het aanbod tot terugbetaling hiervan werd al door de ziektekostenverzekeraar gedaan zodat een inhoudelijke beoordeling daarvan achterwege kan blijven.
- 6.7. Verzoekster vordert daarnaast vergoeding van het eigen risico vanaf 2020, althans voor zover dit betrekking heeft op het verwijderen van de borstprothesen. De commissie ziet geen aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het eigen risico van 2020 moet vergoeden. In genoemd jaar zijn immers ter zake geen kosten gemaakt (althans is daarvan aan de commissie niet gebleken), en voor zover het eigen risico is verbruikt doordat andere kosten zijn gemaakt, was dit ook het geval geweest indien de ziektekostenverzekeraar in 2020 de aanvraag juist had beoordeeld, en had besloten tot vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

In 2021 heeft verzoekster bij haar nieuwe zorgverzekeraar naar eigen zeggen kosten moeten maken van onderzoeken verband houdende met de verwijdering van de borstprothesen. Deze kosten zijn, naar zeggen van verzoekster, ten laste gebracht van haar eigen risico 2021.

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster al aangeboden een vergoeding te verlenen, voor zover de gemaakte kosten betrekking hebben op het eigen risico 2021 betreffende eerdergenoemde behandeling. De commissie ziet geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar óók het eigen risico 2021 dat ziet op andere kwesties dan het verwijderen van de borstprothesen te laten vergoeden. Wat betreft het eigen risico van 2022 en daarna overweegt de commissie dat het verzoek, voor zover het hierop ziet, eveneens moet worden afgewezen. Verzoekster heeft niet onderbouwd waarom deze mogelijke kosten nog een gevolg zijn van het verzuim van de ziektekostenverzekeraar om de aanvraag van 2020 niet tevens te beoordelen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 6.8. Verzoekster heeft verder een materiële schadevergoeding gevorderd ter compensatie van de door haar gemaakte kosten in verband met reizen, parkeren en het schrijven van brieven. Verzoekster heeft deze vordering echter niet gesubstantieerd of onderbouwd, hetgeen op zich al voldoende reden is dit onderdeel van het verzoek af te wijzen.

Daarnaast heeft verzoekster vergoeding gevorderd voor het leed dat haar is aangedaan. Dit betreft dus immateriële schade. In artikel 15, derde lid, van het ten tijde van het voorleggen van het geschil toepasselijke reglement van de commissie is bepaald dat de commissie geen vergoeding toekent voor immateriële schade. Daarom wordt ook dit deel van het verzoek afgewezen.

- 6.9. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de onderhavige procedure deels aan het verzoek is tegemoet gekomen, ziet de commissie aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het door haar betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van 2020 moet vergoeden, zoals reeds door hem is toegezegd;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het eigen risico van 2021 moet vergoeden voor zover dit betrekking heeft op kosten die zijn gemaakt in verband met het verwijderen van de borstprothesen, zoals reeds door hem is toegezegd;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 25 april 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

talen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij mogen wachten met betaling van de nota totdat u de betaling van de kosten heeft aangetoond.



Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnumczorgverzekering.nl. Ook kunt u heel eenvoudig declareren via onze UMC Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als **verzekeringnemer**  de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande **schriftelijke**  toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft soms onze **toestemming**  nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een **diagnose-behandel-combinatie**) . Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die samenhangt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het

tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt.

1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van deze aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.



Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle **verzekerden** ¹ samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven.

Artikel 36. Borstprothese

Dit krijgt u vergoed

1. Het operatief plaatsen of het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie als er geen recht bestaat op een vergoeding op grond van uw zorgverzekering.
2. Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Vergoeding van de kosten:

- bij een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;
- bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;
- voor het opheffen van objectiveerbare functiestoornissen.

UMC Extra Zorg 1	UMC Extra Zorg 2	UMC Extra Zorg 3
geen vergoeding	volledig	volledig

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgverlener die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Dit moet u zelf regelen

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een medische verklaring en een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en omvang van de afwijking wordt vermeld en de toe te passen behandeling.

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT): therapie die zich specifiek richt op het ontwikkelen van een andere houding tegenover problemen. Deze houding kenmerkt zich door nauwkeurig waarnemen, toelaten, niet-reageren en niet-oordelen waardoor er ruimte komt voor acceptatie.

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 37. Mindfulness bij burn-outklachten vanaf 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van een 8-weekse training **Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)** ⁱ of **Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)** ⁱ. U heeft recht op deze training als u 18 jaar of ouder bent en burn-out klachten heeft.



MBCT en MBSR

Deze therapieën combineren de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie met meditatie en yoga.

UMC Extra Zorg 1	UMC Extra Zorg 2	UMC Extra Zorg 3
maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar	maximaal € 350 per kalenderjaar

Hier kunt u terecht

Bij een mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) met **lidmaatschap categorie 1** ⁱ. U vindt deze trainers op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

U kunt uw vordering op ons voor mindfulness bij burn-out klachten niet overdragen aan zorgverleners of anderen met wie wij geen overeenkomst 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 zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Dit moet u zelf regelen

Een verwijfsbrief van huisarts of bedrijfsarts.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 162

1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.
2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.
3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.

Artikel 163

Geen verplichting tot schadevergoeding bestaat, wanneer de geschonden norm niet strekt tot bescherming tegen de schade zoals de benadeelde die heeft geleden.