



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Medisch specialistische zorg, PTED-behandeling, stand van de wetenschap en praktijk,
redelijkheid en billijkheid, substitutie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 6:248 BW

Zaaknummer : 202000029

Zittingsdatum : 1 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R. de Groot, mr. H.A. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 31 maart 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 7 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 mei 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 29 mei 2020 respectievelijk 19 juni 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Interpolis ZorgActief (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft in januari 2017 zijn rug geblesseerd. Sindsdien heeft hij met name bij het sporten last van zijn onderrug. In mei 2019 werd de pijn erger en kon hij steeds moeilijker staan of zitten. Begin september 2019 werd de pijn nog erger en begon deze uit te stralen naar het onderbeen en de bil. Op 6 september 2019 heeft verzoeker zich met zijn klachten gemeld bij zijn huisarts en aldaar kreeg hij het advies om 7 of 8 weken rust te houden. Omdat de pijn in de dagen daarna alleen maar toenam, heeft verzoeker op 9 september 2019 de huisarts nogmaals bezocht. Ditmaal heeft de huisarts hem Tramadol voorgeschreven en opnieuw het advies gegeven rust te houden. Omdat verzoeker totaal niet meer kon functioneren, heeft hij gezocht naar alternatieven en zich uiteindelijk gewend tot de Ipreburg Herniakliniek. Aldaar werd vastgesteld dat hij tussen de L4 en L5 een hernia had die niet met rust zou genezen. Na deze diagnose is verzoeker op 19 september 2019 geopereerd in de kliniek.
- 3.3. Verzoeker heeft de nota's van de Ipreburg Herniakliniek bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Bij brief van 30 oktober 2019 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 december 2020 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.5. De behandeld arts van de Ipreburg Herniakliniek heeft op 20 september 2019 het volgende over verzoeker verklaard:

"Voorgeschiedenis

Op 18 september 2019 zag ik op mijn spreekuur in Ipreburg Herniakliniek in Hospitaal Veenhuizen bovengenoemde patiënt voor onderzoek en advies. De voorgeschiedenis vermeldt geen bijzonderheden. Patiënt heeft rugpijn sinds 4 maanden en uitstralende pijn in de linker bil en het linkerbeen in het L5-dermatoomsinds 2 weken.

De klachten treden vooral op bij het zitten, maar ook bij het staan. Liggen gaat goed. Intrathecale drukverhoging heeft geen verergerende invloed op de beenklachten. Op een schaal van 0-10 kan de VAS score van de linker bil oplopen tot 5 op 10, VAS score van het linkerbeen tot 9 op 10, VAS score van het rechterbeen is 0 op 10.

Lichamelijk onderzoek

Bij onderzoek vond ik een horizontaal staand bekken. De patiënt heeft een lichte rechtsconvexe scoliose thoracaalen links convexe tegenkromming ca 10 graden volgens Cobb. Het lood van C7 hing 1 cm links van de Rima Ani. De beweeglijkheid van de lumbale wervelkolom was sterk beperkt. De vinger-bodemafstand bedroeg 60 cm. Bij de stand op één been met geflecteerde knie was het strekken van de knie (quadricepsfunctie) links minder goed mogelijk dan hetzelfde rechts i.v.m. pijnklachten in het linker been. Tenenstand is links minder goed mogelijk en hakstand op één been was links sterk verminderd in vergelijking met rechts.

De proef van Lasègue was links bij 40 graden positief, rechts negatief. Bij het onderzoek in liggende houding waren een voethefferparese links graad 4 en een grote teenhefferparese links graad 2 aantoonbaar. Er werd een hyposensibiliteit aangegeven aan de mediale linker voetrand. De KPR en APR waren symmetrisch positief. RR 120/80 mm Hg. Lichaamsgewicht 96 kg bij een lichaamslengte van 187 cm. BMI 27

Beeldvorming

De MRI van de LWK van 15 september 2019 gemaakt in het MRI Centrum laat een forse HNP L4-L5 links met een sekwester naar caudaal zien en compressie van de wortel L5. Met de endoscoop werd vastgesteld dat het discusmateriaal is verwijderd en dat de wortel L4 in het foramen vrij ligt en macroscopisch niet veranderd is. Mediaal werd de dura gevisualiseerd, deze vertoont enkele restverklevingen die niet verder verwijderd konden worden in verband met het gevaar van durascheurtjes en liquorlekkage. De dura ligt van craniaal naar caudaal en van links naar rechts volledig vrij en klopt synchroon met de hartslag.

Intraoperatief werd de Lasègue, die preoperatief bij 40 graden positief was, negatief.

De patiënt kon intraoperatief het been vrij bewegen en de preoperatief bestaande pijn niet meer opwekken. Na het verwijderen van de werkcanule werd de insteekopening met 1 intracutane zelfoplossende huidnaad gehecht en gesloten met steristrip en pleisterverband.

De röntgen doorlichtingstijd bedroeg 1,0 minuten. Tijdens de ingreep werden endoscopisch video opnames gemaakt met intra operatief gesproken commentaar. Deze kreeg de patiënt op een USB-kaart mee, samen met afbeeldingen van röntgenopnames intraoperatief gemaakt met de beeldversterker."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar de in de Ipreburg Herniakliniek uitgevoerde ingreep alsnog moet vergoeden.


- 4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel 18 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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.
- 6.2. Naar aanleiding van het door de zorgverzekeraar bij de afwijzing ingenomen standpunt is door verzoeker erkend dat de PTED-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat evenmin wordt voldaan aan de voorwaarden voor voorwaardelijke toelating. Verzoeker vordert vergoeding van de in de Ipreburg Herniakliniek gemaakte kosten omdat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is hem deze te onthouden. Voorts wijst verzoeker op de toekomstige besparingen die optreden doordat hij ervoor heeft gekozen de ingreep te ondergaan. Ook om die reden zouden de kosten hiervan moeten worden vergoed. In ieder geval zou de zorgverzekeraar de bespaarde kosten van een reguliere hernia-operatie moeten vergoeden.
De zorgverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de voorwaarden van de zorgverzekering wettelijk zijn bepaald. Het staat een zorgverzekeraar niet vrij buiten deze voorwaarden aparte afspraken te maken. Voor een kosten/baten overweging resulterend in een vergoeding is geen plaats.
- 6.3. De commissie overweegt dat de verzekeringsvoorwaarden in beginsel leidend zijn. Slechts bij hoge uitzondering kan onverkorte toepassing hiervan leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is zodat hiervan moet worden afgeweken. Uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) blijkt dat dit aan de orde is als:
(i) de kosten zodanig zijn dat de verzekerde deze niet zelf kan dragen,
(ii) alternatieven ontbreken,
(iii) de zorg of het geneesmiddel noodzakelijk is in verband met een medisch zeer ernstige toestand die levensbedreigend is dan wel leidt tot ernstig lijden, en
(iv) aan valt te nemen dat die zorg of dat geneesmiddel, mede in verband met de werkzaamheid, noodzakelijkheid en doelmatigheid, in aanmerking komt of zal komen om te worden opgenomen in het verzekerde pakket.
Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 6.4. Vast staat dat de kosten van de ingreep € 8.325,- belopen; een bedrag dat de meeste verzekerden niet zelf kunnen dragen. Aan de overige hiervoor genoemde voorwaarden is daarentegen niet voldaan. Zo was geen sprake van een levensbedreigende situatie en staat voorts niet vast dat voor de ingreep een alternatief ontbrak. De huisarts van verzoeker heeft hem op 9 september 2019 nog geadviseerd opnieuw zes tot acht weken rust te houden. Verzoeker heeft besloten dit advies niet op te volgen en op zoek te gaan naar een alternatief. Hoewel dit in zijn situatie voorstelbaar was, staat daarmee niet vast dat operatief ingrijpen nog de enige optie vormde. Ook aan de laatste voorwaarde is niet voldaan, aangezien de PTED-behandeling voorwaardelijk was opgenomen in het verzekerde pakket en hierop geen onvoorwaardelijke toelating is gevolgd.
Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat onverkorte toepassing van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen beperking tot zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk in de situatie van verzoeker niet leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De zorgverzekeraar is daarom niet gehouden de kosten van de ingreep in de Ipreburg Herniakliniek op deze grond te vergoeden.
- 6.5. Verzoeker heeft verder gesteld dat de behandeling op termijn leidt tot een kostenbesparing voor de zorgverzekeraar en dat de ingreep om die reden moet worden vergoed. Daarbij is door verzoeker aangevoerd dat de zorgverzekeraar in ieder geval de bespaarde kosten van een reguliere herniaoperatie zou moeten vergoeden.
Voor de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering is beslissend of de betreffende zorg onder de verzekeringsdekking valt. Vergoeding




van andere zorg dan die welke onder de dekking van de Zvw valt, is niet mogelijk, ook niet als dit op termijn tot een kostenbesparing leidt. In uitzonderingsgevallen kan, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, voor vergoeding plaats zijn op grond van redelijkheid en billijkheid, zoals onder 6.3 en 6.4 omschreven. Daarvoor is in dit geval echter geen aanleiding.



6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2020,



G.R. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

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.

Zorgverzekeringswet

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, 2.8 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 zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Algemene voorwaarden basisverzekering

Artikel 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- e het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) op onze website heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op:

wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/1.1/2.2.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

Artikel 2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is.

De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons aan voor de basisverzekering, door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar digitaal van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.