



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Medisch specialistische zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie, buitenland, Turkije
Zaaknummer : 201700196
Zittingsdatum : 27 september 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Den Haagpakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een neusoperatie, uitgevoerd in Istanbul, Turkije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 december 2016 en 12 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 27 mei 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De commissie heeft verzoekster verzocht kenbaar te maken of zij gebruik wil maken van de mogelijkheid haar standpunt mondeling toe te lichten. Verzoekster heeft hierop niet gereageerd, ook niet na de op 15 augustus 2017 gezonden herinnering. Daarom is zij uitgenodigd om de hoorzitting in persoon bij te wonen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 16 augustus 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017033130) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat ten tijde van de aanvraag niet duidelijk was of de genoemde klachten van een "dichte neus" een aantoonbare lichamelijke functiestoornis waren zoals bedoeld in de regelgeving. Aangezien de operatie al is uitgevoerd, is dit achteraf niet meer te controleren. Op basis van het dossier zij er ook geen aanwijzingen dat sprake was van verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 augustus 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn uitgenodigd voor de hoorzitting van 27 september 2017. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster niet verschenen. De ziektekostenverzekeraar is op 27 september 2017 telefonisch gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut van 16 augustus 2017.
- 3.10. Bij brief van 28 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 6 oktober 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft op 1 december 2015 de KNO-arts bezocht. In het 'specialistenbericht' heeft de KNO-arts het volgende vermeld:
*"Anamnese:
Patiënt heeft al jaren last van continu dichte neus, geen verschil links en rechts.
Avamys geen effect.
Chronisch rhinorroe.
Rookt 5 e/d, geen allergie bekend.
Lichamelijk onderzoek:
Uitwendige rechte neus, benige hump, septum mediaan kleine spina.
Zeer nauwe klep regio, kleine neus bel rechts,
voorstel operatie Vestibulum Plastiek beiderzijds.
Beleid:
Voorstel operatie Vestibulum Plastiek beiderzijds.
patiënt begint bij indicatie ook over hump, besproken dat dit een andere operatie betreft, waarvoor machtiging nodig is. Denkt hierover na."*
- 4.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij ongedateerd aanvraagformulier verzocht om toestemming voor een vestibulum plastiek, uit te voeren in Istanbul. Zij heeft hierop evenwel geen reactie ontvangen.
- 4.3. De aangevraagde operatie is op 19 oktober 2016 uitgevoerd in Istanbul. Na terugkeer in Nederland heeft verzoekster de nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar weigert echter de kosten te vergoeden. Verzoekster merkt op dat de

operatie is uitgevoerd vanwege haar ademhalingsproblemen. Zij benadrukt dat zij alle benodigde documenten naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd.

Verzoekster meent dat de vergoeding alleen is afgewezen omdat zij van buitenlandse afkomst is. Zij voelt zich daarom gediscrimineerd door de ziektekostenverzekeraar.

Om de onderhavige operatie te betalen, heeft verzoekster geld moeten lenen van haar familie en dit moet zij natuurlijk terugbetalen. Zij komt hierdoor in de financiële problemen.

- 4.4. Verzoekster heeft een vertaling van de verklaring van de Turkse arts overgelegd. Hierin heeft de arts verklaard: *"diagnostische codes*

neusmisvorming M95 0

Klachten neusmisvormingen

Geschiedenis zij heeft eerder baarmoeder operatie gehad

Klinische Bevindingen Neuscorrectie, herstel

Behandeling 1 dag na de operatie werd verbonden Recept voor Cipro 750 mg 2/1 po. xeforapid, tb 2/1 Strcnnar spr 12/1 in de neus Terraimcm ooggel voor binnen hoek neus. Hipokort 5% zalf voor na de gips Deze gegevens welke onder de controle van arts moet verricht worden zijn aan de patiënte schriftelijk doorgegeven Met een controle afspra[a]k is patiënte ontslagen."

- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor een neusoperatie. De aanvraag is op 27 september 2016 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Omdat de aanvraag niet compleet was, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 28 september 2016 verzocht om toezending van een uitgebreid behandelplan en een kostenopgave. Op 12 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een herinnering gestuurd. Op deze brieven heeft de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontvangen. Pas nadat de behandeling op 19 oktober 2018 was uitgevoerd, heeft verzoekster informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag op grond van de beschikbare informatie beoordeeld. De Turkse arts laat in het midden of hij een inwendige of uitwendige neuscorrectie heeft uitgevoerd, maar op basis van de klachten die de arts omschrijft, te weten "neusmisvormingen", heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat de behandeling primair verband hield met de misvorming. Daarom is getoetst aan de hand van de voorwaarden voor een uitwendige neuscorrectie.

Er bestaat aanspraak op een uitwendige neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en/of van verminking.

Een lichamelijke functiestoornis is aanwezig bij een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid. De KNO-arts van verzoekster heeft verklaard dat sprake was van een zeer nauwe klep regio. Er wordt gesproken over een kleine belemmering in het rechter neusgat. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar geen aangetoonde obstructie van de neusdoorgankelijkheid. Daarnaast heeft de Turkse arts, die de operatie heeft uitgevoerd, de klachten ter zake van de neusdoorgankelijkheid in zijn verklaring niet genoemd.


Van verminking is sprake bij een forse deformiteit van de neus. Dat dit bij verzoekster aan de orde was, is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken.

- 5.3. Verzoekster heeft kenbaar gemaakt dat zij zich gediscrimineerd voelt. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt alle aanvragen van zijn verzekerden echter op dezelfde wijze, zonder acht te slaan op hun afkomst.


- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.


 6. De bevoegdheid van de commissie


 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.


 7. Het geschil

 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de neuscorrectie, uitgevoerd in Istanbul, ten laste van de zorgverzekering.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving


 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving


U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

 8.4. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
 - 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- (...)*

 8.5. In artikel 9 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
 - zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
 - vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*
- (...)*

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u vooraf onze toestemming nodig. U

hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale.

Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.6. In artikel 1.5 van de zorgverzekering is bepaald dat ter declaratie ingediende nota's op zodanige wijze moeten zijn gespecificeerd, dat direct en eenduidig kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden.
- 8.7. De artikelen 1.5, 9, 15 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.10. Artikel 13 van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid (Trb. 1966, 155) bepaalt, voor zover hier van belang:

"Lid 1

Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.

(...)

Lid 3

Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen wordt verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg wanneer de gezondheidstoestand van een verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. In dit geval is gesteld noch gebleken dat sprake was van een zodanige gezondheidstoestand bij verzoekster dat onmiddellijke geneeskundige behandeling zoals bedoeld in voornoemd verdrag noodzakelijk was. Integendeel, verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling in Turkije hiervoor een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Daarom heeft verzoekster op grond van het verdrag geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige behandeling. Een eventuele aanspraak dient daarom te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Ingevolge artikel 15 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch-specialistische zorg. De zorg dient te worden verleend door een medisch specialist en de verzekerde dient te beschikken over een geldige verwijzing. De aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in artikel 20 van de zorgverzekering.
Uit artikel 9 van de zorgverzekering volgt dat in geval van geplande zorg in het buitenland, voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist. Daarnaast gelden de voorwaarden zoals die zijn opgenomen voor de specifieke vorm van zorg.
- 9.3. Partijen verschillen van mening over de aard van de in Istanbul uitgevoerde operatie. Verzoekster stelt dat de operatie heeft plaatsgevonden die de Nederlandse KNO-arts heeft omschreven in zijn verslag van 1 december 2015, te weten een vestibulum plastiek beiderzijds, dus een inwendige neusoperatie. De ziektekostenverzekeraar daarentegen stelt dat verzoekster een uitwendige neuscorrectie heeft ondergaan. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. De (Nederlandse) KNO-arts heeft op 1 december 2015 verklaard dat verzoekster een indicatie had voor een vestibulum plastiek beiderzijds. In de verklaring van de KNO-arts staat dat verzoekster bij de indicatie ook is begonnen over de 'hump' op haar neus. De KNO-arts heeft met haar besproken dat dit een andere operatie betreft waarvoor een machtiging nodig is. De Turkse arts die verzoekster op 19 oktober 2016 heeft geopereerd, schrijft dat een "*neuscorrectie*" is uitgevoerd naar aanleiding van de klachten "*neusmisvormingen*". Het specialisme van de Turkse arts is reconstructieve plastische chirurgie. Verzoekster heeft geen informatie van de Turkse arts overgelegd waaruit blijkt dat de behandeling was gericht op verbetering van de neusdoorgankelijkheid door een inwendige operatie.
De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, op basis van de voorhanden gegevens, met name de hiervoor geciteerde verklaring van de Turkse arts, de ingreep terecht heeft beoordeeld op grond van de voorwaarden voor plastische chirurgie.
- 9.5. Op grond van artikel 20 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een uitwendige neuscorrectie, zijnde een behandeling van plastisch-chirurgische aard, indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in voornoemd artikel.
- 9.6. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader met name worden gedacht aan een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid met klinisch relevante symptomen als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar is en die alleen kan worden gecorrigeerd met een uitwendige neuscorrectie. De commissie stelt vast dat de KNO-arts heeft verklaard dat verzoekster doorgankelijkheidsstoornissen ondervindt. Hij heeft daarom een vestibulum plastiek (inwendige neuscorrectie) voorgesteld. Niet gebleken is dat de doorgankelijkheidsstoornissen worden veroorzaakt door een

duidelijke anatomische afwijking van de uitwendige neus, waarvoor een uitwendige neuscorrectie is aangewezen.

Een correctie ter verandering van het uiterlijke aspect van de neus, waarbij om esthetische redenen een vormverandering gewenst is, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

- 9.7. Van de andere mogelijke verzekeringsindicatie, te weten verminking, is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval niet aan de orde.

Gelet op het vorenoverwogene heeft verzoekster geen aanspraak op een uitwendige neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.8. Verzoekster heeft meermaals gesteld dat de vergoeding van de operatie is afgewezen, omdat zij van buitenlandse komaf is. Zij voelt zich hierdoor gediscrimineerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de aanvragen van al zijn verzekerden op dezelfde wijze te beoordelen, zonder acht te slaan op de afkomst van de verzekerde. Aangezien hiervoor reeds is geconcludeerd dat vergoeding terecht is geweigerd en verzoekster voorts niet aannemelijk heeft gemaakt dat verzekerden van Nederlandse origine, bij dezelfde indicatie als die zij heeft, een operatie als de onderhavige wél vergoed hebben gekregen van de ziektekostenverzekeraar, eventueel in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, treft de stelling van verzoekster bij gebrek aan een nadere onderbouwing geen doel.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 oktober 2017,

P.J.J. Vonk