



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Stilzwijgend verlengen verzekeringsovereenkomst, verhoging maandpremie, aanbod en
aanvaarding
Zaaknummer : 201701327
Zittingsdatum : 10 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 6:217, 7:932 en 7:940 BW, en 16 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is vanaf 1 januari 2016 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van zijn vrouw en zijn zoon een zorgverzekering afgesloten. Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De zorgverzekeraar heeft begin 2017 de voor dat jaar verschuldigde jaarpremie ten behoeve van verzoeker en zijn twee gezinsleden ten bedrage van € 2.591,12 proberen te incasseren. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van verschillende data bezwaar gemaakt tegen zowel het vooraf incasseren van de jaarpremie als tegen de hoogte van de jaarpremie. Bij e-mailberichten van onder meer 6, 17 en 24 februari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij de premie voor verzoeker en zijn gezinsleden vanaf maart 2017 maandelijks automatisch bij verzoeker zal incasseren, maar dat hij de hoogte van de verschuldigde premie voor verzoeker en zijn gezinsleden handhaaft.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 mei 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing betreffende de hoogte van de premie voor verzoeker en zijn gezinsleden te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 11 juli 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat: (i) tussen hem en de zorgverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, dan wel (ii) tussen hem en de zorgverzekeraar wel een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, waarbij echter geen jaarpremie van € 2.591,12 is overeengekomen, en (iii) althans het ineens door de zorgverzekeraar incasseren van de jaarpremie voor verzoeker en zijn gezinsleden onrechtmatig was.
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 november 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 14 december 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 10 januari 2018 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Voor het jaar 2016 heeft verzoeker voor zichzelf en zijn gezin, bestaande uit zijn vrouw en zijn zoon, een zorgverzekering afgesloten tegen een jaarpremie van € 1.899,12. De jaarpremie voor de zorgverzekering voor 2017 is zonder deugdelijke aankondiging opgehoogd naar € 2.591,12. Omdat de premie voor de zorgverzekering ten opzichte van 2016 met meer dan 10 percent is verhoogd, is rechtens uitgesloten dat de zorgverzekering die verzoeker voor zichzelf en zijn gezin heeft afgesloten voor het jaar 2017 stilzwijgend is verlengd. In dit verband verwijst verzoeker naar een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening van 20 september 2016 (nummer 2016-448), waaruit blijkt dat sprake is van een nieuw aanbod aan de zijde van de verzekeraar in het geval de premie van het betreffende verzekeringsproduct per contractvervaldatum met meer dan 10 percent stijgt. Gelet op deze uitspraak had de onderhavige schadeverzekeringsovereenkomst met betrekking tot het jaar 2017 alleen tot stand kunnen komen door een expliciet nieuw aanbod van de zorgverzekeraar en de expliciete aanvaarding van dit aanbod door verzoeker. Zowel het aanbod als de aanvaarding ontbreken, zodat met betrekking tot het jaar 2017 geen schadeverzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de zorgverzekeraar tot stand is gekomen. Voorts heeft verzoeker niet de "expliciete kans" gekregen de zorgverzekering met betrekking tot 2017 te beëindigen. Verzoeker merkt op dat ook wanneer men het deel van de premiestijging dat gepaard gaat met het bereiken van de achttienjarige leeftijd van zijn zoon buiten beschouwing laat, deze ten opzichte van 2016 nog steeds ruim boven de drempelwaarde van de 10 percent uitkomt.
- 4.2. De zoon van verzoeker werd op 29 augustus 2017 achttien jaar, zodat vanaf 1 september 2017 premie voor hem was verschuldigd. Volgens verzoeker valt zijn zoon na het bereiken van de achttienjarige leeftijd niet onder zijn verzekering zonder een "aanvullend nieuw aanbod" van de zorgverzekeraar en een aanvaarding van dit aanbod door verzoeker. Zowel het aanbod als de aanvaarding hiervan ontbreken, zodat ook voor de zoon van verzoeker geen overeenkomst tot stand is gekomen.
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft in zijn berichtgeving duidelijk vermeld dat de premie maandelijks bij verzoeker zou worden geïncasseerd en dat verzoeker voor de premiebetaling niets zou hoeven te doen. Toch trachtte de zorgverzekeraar de premie voor het gehele jaar 2017 ineens bij verzoeker af te schrijven. Verzoeker merkt op dat hij de zorgverzekeraar in gebreke heeft gesteld, waarbij hij aan de zorgverzekeraar een hersteltermijn heeft geboden. De zorgverzekeraar liet deze termijn ongebruikt verstrijken. Elke overeenkomst is nadien door verzoeker nietig en non-existent verklaard. Voorts is de zorgverzekeraar in gebreke gesteld voor het "onrechtmatig, want onverschuldigd", bij verzoeker incasseren bedragen en is de zorgverzekeraar verzocht de onrechtmatig geïncasseerde bedragen binnen twee werkdagen te restitueren.
- 4.4. Verzoeker verzoekt de commissie de zorgverzekeraar te veroordelen tot het terugstorten van het bedrag "*dat de tot nu toe verstreken maanden overstijgt*". "*Het betreft een bedrag van € 27,97 op 6 februari 2017, € 186,00 op 28 februari 2017 en € 186,00 op 29 maart 2017.*"

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat hij als gevolg van het onderhavige geschil niet de volledige premie heeft betaald, waardoor hij nu is geregistreerd als wanbetaler. De zoon van verzoeker is na het bereiken van de 18-jarige leeftijd overgestapt naar een andere verzekeraar.
Verzoeker merkt op dat achteraf alles hem duidelijk is geworden, maar eind 2016, begin 2017 was dit niet het geval. Verzoeker stelt dat hij een verhoging van de premie opnieuw aanbod en aanvaarding van de verzekering moet plaatsvinden. Daarnaast ligt bij een dergelijke grote premiewijziging de informatieplicht bij de zorgverzekeraar.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar heeft medio november 2016 de polis met betrekking tot het jaar 2017 aan verzoeker gestuurd. Daarbij heeft hij vermeld dat het opzeggen van de zorgverzekering tot en met 31 december 2016 mogelijk was. Een mededeling dat verzoeker overging tot het opzeggen van de zorgverzekering heeft de zorgverzekeraar niet ontvangen. Daarnaast had verzoeker gekozen voor jaarbetaling.
Bij e-mailbericht van 1 februari 2017 heeft verzoeker kenbaar gemaakt dat hij een maandelijkse premiebetaling wilde in plaats van jaarbetaling. De ziektekostenverzekeraar heeft aan dit verzoek voldaan. Dit betekent echter wel dat de korting voor de jaarbetaling vervalt, waardoor de hoogte van de verschuldigde premie wijzigt.
Vervolgens heeft verzoeker verzocht zijn maandpremie op € 215,93 te handhaven. Dit maandbedrag behoort bij een jaarpremie van € 2.591,12 en is mede gebaseerd op de korting die wordt verleend bij een jaarbetaling.
Omdat verzoeker gedurende 2017 een betalingsachterstand had opgebouwd, heeft de zorgverzekeraar hem op 26 maart 2017 een aanmaning gestuurd. In deze aanmaning stond vermeld dat de vordering van € 364,56 aan een deurwaarder zou worden overgedragen indien deze niet vóór 9 april 2017 werd voldaan. Nadien is de vordering van € 364,56 aan een deurwaarder overgedragen. Omdat de zorgverzekeraar de brief van verzoeker had ontvangen voordat de vordering aan een deurwaarder was overgedragen, heeft hij de overdracht op grond van coulance nadien ongedaan gemaakt.
- 5.2. Ieder jaar kan de premie wijzigen. De zorgverzekeraar heeft de premie moeten verhogen, zodat de jaarpremie van verzoeker en zijn gezin is gestegen van € 1.899,12 in 2016 naar € 2.591,12 in 2017. Dit bedrag is inclusief de verleende korting voor jaarbetaling en de korting ter zake van het vrijwillig eigen risico.
Een belangrijke oorzaak voor deze premiestijging is dat de zoon van verzoeker op 29 augustus 2017 achttien jaar is geworden. Iedere Nederlands ingezetene van achttien jaar en ouder die verzekeringsplichtig is voor de zorgverzekering, moet premie betalen. Om die reden is verzoeker vanaf 1 september 2017 premie voor zijn zoon verschuldigd. Deze premie is in de jaarpremie voor 2017 opgenomen. De zorgverzekeraar merkt hierbij nog op dat hij in totaal 173 miljoen euro van zijn reserves inzet om de premiestijging voor 2017 te beperken.
- 5.3. Gelet op het voorgaande is de zorgverzekeraar van mening dat de premie van € 2.591,12 terecht bij verzoeker in rekening is gebracht.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat per e-mail aan verzoeker is doorgegeven welk bedrag hij voor de zorgverzekering van 2017 was verschuldigd aan premie en voor welke verzekerden dit gold. Hierbij is verwezen naar de uitgebreide zorgpolis, omdat uit het e-mailbericht niet is op te maken waar de premie exact op ziet. De zorgverzekering wordt jaarlijks stilzwijgend verlengd, tenzij de verzekering wordt opgezegd. Van verzoeker is geen bericht van opzegging ontvangen.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' 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 (i) tussen verzoeker en de zorgverzekeraar voor 2017 een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, dan wel (ii) tussen hem en de zorgverzekeraar wel een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, waarbij echter geen jaarpremie van € 2.591,12 is overeengekomen, en (iii) althans het ineens door de zorgverzekeraar incasseren van de jaarpremie voor verzoeker en zijn gezinsleden onrechtmatig was.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel A3 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering (2016) luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekering gaat in op de datum die u vindt op uw zorgpolis. Uw verzekering is geldig tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. De verzekering wordt per 1 januari steeds met een jaar verlengd zolang u als verzekeringnemer de verzekering niet opzegt. U als verzekeringnemer wordt elk jaar geïnformeerd over de verlenging.”

8.3. Artikel A12 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering (2017) luidt, voor zover hier van belang:

“(…) Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

(…)

• U bent verplicht voor de Basisverzekering premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. Tot de 1e dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar bereikt, bent u voor de Basisverzekering geen premie verschuldigd.

(…)

2 Manier van betalen

Als u voor betaling van de premie Menzis machtigt tot automatische incasso, geldt deze machtiging ook voor alle andere bedragen die u moet betalen aan Menzis, zoals het eigen risico en eigen bijdragen. Als u via automatische incasso betaalt, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De uiterste termijn waarop u geïnformeerd wordt voordat er een bedrag via automatische incasso wordt afgeschreven is 5 werkdagen. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.”

- 8.4. Artikel A14 van de 'Verzekeringsvoorwaarden' van de zorgverzekering (2016) luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen?

Menzis mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Een wijziging van de grondslag van de premie van de Basisverzekering treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld."

- 8.5. Artikel 7 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 7

1. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.

2. De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.

3. In afwijking van artikel 940, vierde lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek kan de verzekeringnemer niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a gestelde regels.

(...)

5 De opzegging, bedoeld in het tweede of vierde lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

6 In afwijking van het vierde of vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen."

- 8.6. Artikel 16 Zvw bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

"Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd

2 In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het BW en van het eerste lid:

a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;

(...)"

- 8.7. Artikel 7:940 BW luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 940

(...)

4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

(...)"

- 8.8. Artikel 7:932 BW luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 932

1. De verzekeraar geeft zo spoedig mogelijk een akte, polis genaamd, af, waarin de overeenkomst is vastgelegd. Een polis die is opgemaakt op een wijze als bedoeld in artikel 156a lid 1 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering moet zijn voorzien van een elektronische handtekening als bedoeld in artikel 3, onderdeel 12, van verordening (EU) nr. 910/2014 van

het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van richtlijn 1999/93/EG (PbEU 2014, L 257). De verzekeraar is niet verplicht een polis af te geven indien de aard van de overeenkomst afwijkend gebruik rechtvaardigt en de verzekeringnemer bij afgifte van de polis geen belang heeft.


2. Op wijzigingen in de overeenkomst is lid 1 van overeenkomstige toepassing.

3. Indien een door een verzekeraar afgegeven bewijsstuk verloren is gegaan, geeft hij desverlangd tegen vergoeding van de kosten een nieuw bewijsstuk af. Indien het bewijsstuk aan toonder of order is gesteld en bij een verzekering van zaken die door middel van documenten plegen te worden verhandeld, kan de verzekeraar als voorwaarde voor het doen van een uitkering aan de houder van een nieuw bewijsstuk verlangen, dat hem door de houder gedurende de tijd dat de verzekeraar tot betaling kan worden gedwongen, zekerheid wordt gesteld. Een instemming als bedoeld in artikel 156a lid 2 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering ziet, zolang zij niet is herroepen, eveneens op een nieuw bewijsstuk als bedoeld in de eerste zin."


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Tussen verzoeker en de zorgverzekeraar is voor 2016 een verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen. De eerste vraag die partijen verdeeld houdt, is of deze overeenkomst voor 2017 is voortgezet. Door verzoeker is in dit verband gesteld dat hem, zijn vrouw en zijn zoon geen nieuw aanbod is gedaan onderscheidenlijk dat een zodanig aanbod niet is geaccepteerd. Verzoeker beroept zich op het ontbreken van wilsovereenstemming met betrekking tot de – algemene - premieverhoging voor 2017, waarbij hij verwijst naar een uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening van 20 september 2016 (nummer 2016-448), en de – specifieke - premieverhoging met ingang van 1 september 2017 omdat zijn zoon toen de leeftijd van 18 jaar had bereikt.
- 9.2. Ingevolge artikel A14 van de ‘Verzekeringsvoorwaarden’ van de zorgverzekering (2016) is de zorgverzekeraar bevoegd de voorwaarden, de premie en de korting hierop eenzijdig te wijzigen. Conform artikel 7:940 BW dient de verzekeringnemer over een en ander te worden ingelicht. Naar de commissie begrijpt, is verzoeker in november 2016 een polisblad voor 2017 gezonden. Verzoeker heeft de ontvangst van dit stuk niet in het geding gebracht zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat verzoeker bekend was althans had kunnen zijn met de premieverhoging. Vanwege deze premieverhoging had hij de verzekeringsovereenkomst tegen 1 januari 2017 kunnen opzeggen.
- 9.3. Uit artikel A3 van de ‘Verzekeringsvoorwaarden’ van de zorgverzekering (2016) blijkt dat de zorgverzekering voor onbepaalde tijd wordt aangegaan, waarbij sprake is van stilzwijgende verlenging. Van de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst tegen 1 januari 2017 op te zeggen is door verzoeker geen gebruik gemaakt, zodat de bestaande overeenkomst in 2017 is voortgezet.
- 9.4. Met ingang van 1 september 2017 is verzoeker premie verschuldigd voor zijn zoon. Anders dan verzoeker veronderstelt, vormt het bereiken van de 18-jarige leeftijd door een op de polis bijgeschreven verzekerde niet een moment waarop tussen partijen opnieuw wilsovereenstemming moet worden bereikt. Uit artikel 16, tweede lid, Zvw kan namelijk worden opgemaakt dat de bestaande zorgverzekering ten behoeve van die betreffende verzekerde ongewijzigd doorloopt, met dien verstande dat de verzekeringnemer alsdan premie wordt verschuldigd voor deze persoon. Naar de commissie ter zitting heeft begrepen, is de zoon van verzoeker inmiddels elders verzekerd.
- 9.5. Gelet op het voorgaande is de bestaande verzekeringsovereenkomst voortgezet tegen de hogere premie met ingang van 1 januari 2017 onderscheidenlijk 1 september 2017. Rest de vraag naar het al dan niet overeengekomen zijn van jaarbetaling, waarover partijen eveneens verdeeld zijn. Uit het overgelegde polisblad voor 2016 blijkt dat verzoeker in dat jaar had gekozen voor jaarbetaling en dat door de zorgverzekeraar een korting is verleend van € 38,88. Deze korting staat



als zodanig vermeld op het polisblad. Op het polisblad voor 2017, dat is afgegeven op 6 november 2016, is eveneens vermeld dat de betaling van de premie per jaar zal geschieden, en dat hiervoor een korting wordt verleend van € 52,88. De commissie concludeert op basis hiervan dat tussen partijen jaarbetaling werd overeengekomen.




9.6. In februari 2017 is de jaarbetaling omgezet naar maandbetaling. Verzoeker meent voor 2017 desalniettemin aanspraak te kunnen maken op de lagere premie. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Bij de aangeboden premie voor 2017 is aanvankelijk rekening gehouden met een korting wegens jaarbetaling. Deze korting is verzoeker expliciet kenbaar gemaakt. Daarnaast valt te begrijpen dat de korting bij betaling per jaar niet wordt verleend indien de premie per maand wordt voldaan. Immers, de verzekeraar heeft bij jaarbetaling eerder de beschikking over het grootste deel van het premiegeld en het incassorisico is voor hem kleiner.



9.7. Ook de verwijzing naar de uitspraak van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening van 20 september 2016 (nummer 2016-448) treft geen doel. Sindsdien is namelijk door de Commissie van Beroep van het KiFiD bepaald dat de door de Geschillencommissie geformuleerde eis dat een wijziging van de premie met meer dan 10 percent de uitdrukkelijke aanvaarding van de verzekeringnemer behoeft, geen steun vindt in het recht (r.o. 4.10 van de uitspraak van 15 juni 2017, 2017-021).




Conclusie



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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 24 januari 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester