



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Egypte, farmaceutische zorg, declaratie  
Zaaknummer : 201302476  
Zittingsdatum : 17 september 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008, art. 7:942 BW)

---

1. Partijen

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

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg, in 2008 afgeleverd in Egypte, ten bedrage van € 1.546,01 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij telefonisch contact van 11 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 15 maart 2014 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 26 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 juni 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 september 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 september 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft op 27 augustus 2008 een ongeval gehad in Egypte en is aldaar een week in het ziekenhuis opgenomen geweest. Tijdens zijn verblijf in dat land zijn hem diverse medicijnen voorgeschreven, die hij ter plaatse heeft betrokken. Het gaat om: Atacand 16mg, Daflon 500mg, Amaryl 3mg, Betolvex, Zantac, Glucophage en Trytace comp. 5/25 mg.

4.2. De kosten van de medicijnen zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hem de bijsluiters van de medicijnen gestuurd. Bij telefonisch contact met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar bleek vervolgens dat deze stukken waren zoekgeraakt als gevolg van een verhuizing. Er werd verklaard dat de administratie niet op orde was. Na diverse andere telefonische contacten met de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker desgevraagd de stukken nogmaals gestuurd alsmede foto's van de ziekenhuisopname. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat contact zou worden opgenomen met het ziekenhuis in Egypte. Verzoeker heeft nog het telefoonnummer doorgegeven van de apotheker in Egypte die de medicijnen heeft afgeleverd. Tijdens een volgend telefoongesprek met de betreffende medewerker van de ziektekostenverzekeraar bleek dat geen contact met het ziekenhuis was opgenomen, maar dat dit via de alarmcentrale was verlopen. Van de alarmcentrale vernam verzoeker echter dat in het geheel geen contact met de medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden.

4.3. Verzoeker voert aan dat het thans niet (meer) mogelijk is aanvullende informatie uit Egypte te verkrijgen, gelet op de politieke situatie aldaar. Overigens zijn de kosten van de ziekenhuisopname nimmer door het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, terwijl was toegezegd dat dit wel zou gebeuren.

4.4. Verzoeker stelt dat hij heeft voldaan aan zijn verplichtingen: de originele nota, de bijsluiters en de verpakkingen zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De gevolgen van het niet voeren van een deugdelijke administratie kunnen niet op verzoeker worden afgewenteld. Het is onbegrijpelijk dat wordt gesteld dat alles te lang geleden is en niets (meer) kan worden gedaan. Verzoeker voelt zich niet serieus genomen door de ziektekostenverzekeraar. De ontvangst van de klacht van 13 maart 2013 is bevestigd, maar hierop is geen inhoudelijke schriftelijke reactie gevolgd. Verzoeker heeft telefonisch verzocht om een reactie. Hem werd medegedeeld dat een brief was verstuurd. Desgevraagd zou een kopie van deze brief worden verzonden. Deze is evenwel nooit door verzoeker ontvangen. Tevens is aan het verzoek om de foto's van de ziekenhuisopname te retourneren geen gevolg gegeven. Verzoeker verwacht van de ziektekostenverzekeraar een correcte afhandeling van de kwestie.

4.5. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat hij de originele nota naar zijn echtgenote in Nederland heeft gezonden, die deze vervolgens naar de ziektekostenverzekeraar heeft doorgestuurd. Verzoeker gaat ervan uit dat indertijd de ontvangst van de nota aan hem is bevestigd. Dat de ziektekostenverzekeraar thans betwist dat aan de telefoon is gezegd dat de originele nota is zoekgeraakt door een verhuizing,

vindt hij onbegrijpelijk. Destijds heeft contact plaatsgevonden met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker verklaart dat hij sowieso een deel van de gedeclareerde medicatie nodig had in verband met zijn chronische aandoeningen. Hij verbleef namelijk langere tijd in Egypte omdat hij daar toen werkte. De ziektekostenverzekeraar had dit kunnen nakijken, maar er is nagelaten enig onderzoek te verrichten. De kwestie loopt al geruime tijd, mede omdat de ziektekostenverzekeraar erg traag reageert. In 2013 was verzoeker het zat en heeft hij zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel 5 lid 3 van het reglement van de commissie bepaalt dat een verzoek moet worden aangebracht binnen één jaar na het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar waardoor het geschil is ontstaan. Verzoeker is het niet eens met het nalaten dan wel weigeren van vergoeding van een declaratie uit 2009. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hiermee voornoemde termijn ruimschoots is overschreden, zodat het verzoek niet-ontvankelijk dient te worden verklaard.

5.2. Voor zover de commissie van oordeel is dat het verzoek wel tijdig is aangebracht - en zodoende ontvankelijk is -, brengt de ziektekostenverzekeraar het volgende naar voren.

5.3. Verzoeker verlangt van de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de door hem gestelde kosten van farmaceutische zorg in Egypte ten bedrage van € 1.546,01. Deze kosten zouden door verzoeker zijn gemaakt als gevolg van een ongeluk aldaar. De ziektekostenverzekeraar heeft het bestaan van deze kosten niet kunnen verifiëren en betwist ze dan ook. In onderhavige procedure heeft verzoeker geen enkel bewijs van de kosten overgelegd.

5.4. De eerste melding van het ongeval is op 7 september 2008 gedaan bij de alarmcentrale. Een afschrift van de betreffende notitie is overgelegd.

5.5. Op 11 maart 2009 is verzoeker verzocht een begeleidingsformulier en de originele nota's in te sturen. Op dat moment beschikte de ziektekostenverzekeraar namelijk alleen over een kopienota van de medicatie. Op 1 mei 2009 heeft telefonisch contact met verzoeker plaatsgevonden. Uit de betreffende registratie is op te maken dat verzoeker opmerkte dat de declaratie was geretourneerd en dat de verpakkingen en bijsluiters dienden te worden ingestuurd. Door een medewerker is medegedeeld dat genoemde informatie nodig is om te beoordelen of een vergoeding kan worden verleend. Bij brief van 7 mei 2009 is verzoeker verzocht een originele gespecificeerde nota en bijsluiters van de medicijnen over te leggen. Hierna is niets meer van verzoeker vernomen. Verzoeker stelt echter dat hij deze stukken heeft opgestuurd, zodat het feit dat hij thans geen bewijsstukken over kan leggen de ziektekostenverzekeraar te verwijten valt. De ziektekostenverzekeraar betwist dit, aangezien als gezegd nooit een reactie op de brief van 7 mei 2009 is ontvangen.

5.6. Op 3 februari 2013 heeft verzoeker een brief naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd waarin hij vraagt de nota alsnog te vergoeden. De betreffende nota werd niet meegezonden. Verzoeker verklaart dat een medewerker heeft gezegd dat de nota is zoekgeraakt. De ziektekostenverzekeraar stelt daarentegen dat van verzoeker nooit een originele nota is ontvangen. Daarnaast is van het ziekenhuis geen nota ontvangen voor de week dat verzoeker aldaar was opgenomen. Bij brief van 11 februari 2013 is aan verzoeker medegedeeld dat de declaratie niet in behandeling kan worden genomen. De kopienota is reeds op 7 mei 2009 retour gestuurd. Op dat moment beschikte de ziektekostenverzekeraar nog steeds niet over bijsluiters of verpakkingen van de medicatie.

Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker pas in 2013 opnieuw verzocht om vergoeding van de kosten. Als hij daadwerkelijk in 2009 de originele stukken had opgestuurd, zou het logisch zijn geweest om bij uitblijven van de betaling op korte termijn weer bij de ziektekostenverzekeraar aan de bel te trekken. Het ligt niet in de rede om vier jaar te wachten

en pas dan weer navraag te doen. De ziektekostenverzekeraar vindt dat dit het des te onwaarschijnlijker maakt dat de originele stukken in 2009 echt zijn opgestuurd.

- 5.7. Daarbij komt dat geen van de geneesmiddelen die verzoeker noemt in zijn brief van 3 februari 2013 te koppelen is aan het ongeval in Egypte. Het betreft geneesmiddelen tegen hoge bloeddruk en diabetes. De stelling van verzoeker dat hij deze geneesmiddelen aldaar moest betrekken vanwege het ongeval en dat hij dus de gestelde kosten moest maken, lijkt daarmee niet waarschijnlijk.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de alarmcentrale. Hieruit is gebleken dat verzoeker van 27 augustus 2008 tot 2 september 2008 was opgenomen in het German Hospital in Alexandria te Egypte. Op 14 september 2008 is van de echtgenote van verzoeker vernomen dat (nog) geen betalingsverzoek van het ziekenhuis werd ontvangen. Verzoeker heeft wel een soort voorschot betaald. Daaropvolgend is het dossier gesloten en is afgesproken dat de echtgenote van verzoeker telefonisch contact zou opnemen indien toch iets werd vernomen van het ziekenhuis. Hierna is niets meer van haar gehoord. Aangezien het thans 4,5 jaar later is, gaat de ziektekostenverzekeraar er niet van uit dat nog een rekening bij het ziekenhuis open staat. Verzoeker zou dan al jaren geleden zijn benaderd. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom verzoeker thans wederom contact met hem heeft opgenomen. Aan verzoeker is medegedeeld dat indien wel een nota van het ziekenhuis wordt ontvangen, deze naar de ziektekostenverzekeraar kan worden doorgestuurd, en dat een declaratie van medicijnkosten enkel in behandeling kan worden genomen indien een gespecificeerde nota wordt overgelegd.
- 5.9. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker van 13 maart 2013, is op 11 april 2013 telefonisch contact met hem opgenomen. Bij die gelegenheid is hij nogmaals erop gewezen dat een gespecificeerde nota ter zake van de medicijnen noodzakelijk is. Verzoeker heeft verzocht om een schriftelijke bevestiging van dit telefoongesprek. Dit is niet gebeurd, en de ziektekostenverzekeraar biedt hiervoor zijn excuses aan.
- 5.10. Nu verzoeker het bestaan van de kosten niet heeft kunnen aantonen en de door hem daarvoor aangevoerde verklaringen niet steekhoudend zijn, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de medicijnen.
- 5.11. Voor zover de commissie van oordeel is dat verzoeker een vordering heeft op de ziektekostenverzekeraar, is de ziektekostenverzekeraar van mening dat deze vordering is verjaard. Volgens artikel 7:942 BW verjaart een rechtsvordering op een verzekeraar na verloop van drie jaar na de dag waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. De termijn wordt gestuit door het aanspraak maken op de vordering. Een nieuwe termijn van drie jaren begint te lopen op de dag na de erkenning of afwijzing van de aanspraak door de verzekeraar. De door verzoeker gestelde vordering vloeit voort uit een ongeluk uit 2008. Hierop heeft hij aanspraak gemaakt door een declaratie in te dienen en deze aanspraak is door de ziektekostenverzekeraar op 7 mei 2009 afgewezen omdat verzoeker (nog) geen originele nota's had opgestuurd. Met deze afwijzing begon ex artikel 7:942 lid 2 BW een nieuwe verjaringstermijn te lopen die op 8 mei 2012 eindigde. Daarmee is de vordering sinds 2012 verjaard en kan om die reden het verzoek niet worden toegewezen.
- 5.12. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een bevestiging wordt gestuurd indien stukken zijn ontvangen. Destijds is een kopienota van verzoeker ontvangen. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat deze op 7 mei 2009 retour is gezonden. De originele nota is bij verzoeker opgevraagd, maar deze is nooit ontvangen. Er is nimmer gezegd dat de originele nota is zoekgeraakt. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de alarmcentrale waarbij is nagevraagd wat is geregistreerd. Voorts herhaalt de ziektekostenverzekeraar dat de gedeclareerde kosten enkel betrekking hebben op medicijnen voor hoge bloeddruk en diabetes en dat deze niet zijn gerelateerd aan het ongeval. Ook indien verzoeker deze medicijnen al gebruikte, moet hij een originele nota indienen om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen.

5.13. De ziektekostenverzekeraar 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 zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

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

8.2. Artikel A16 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering betreft het indienen van nota's, en luidt, voor zover hier van belang:

*"Vaak betaalt [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:*

- *het moet een originele nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,*
- *een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld,*
- *u moet de nota tijdig indienen. Voor kosten gemaakt in 2008 is dat uiterlijk op 31 december 2009. Voor kosten gemaakt in 2009 is dat uiterlijk op 31 december 2010, enzovoort,*
- *nota's worden niet aan u teruggestuurd,*

*(...)*

*Let op*

- *als een nota aan het bovenstaande niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding,*

*(...)"*

8.3. Artikel 7:942 BW luidt, voor zover hier van belang, als volgt:


*"1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.*

*2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.*



*(...)"*

9. Beoordeling van het geschil




9.1. Onder 6 heeft de commissie geoordeeld dat zij bevoegd is van het onderhavige geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen. Een andere vraag is die naar de ontvankelijkheid van het verzoek. Verzoeker heeft op 28 april 2009 de kosten van de medicijnen gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 mei 2009 vergoeding afgewezen en verzocht om toezending van de originele stukken. Pas begin 2013 heeft verzoeker zich wederom tot de ziektekostenverzekeraar gewend. Op 11 april 2013 is door de ziektekostenverzekeraar de heroverweging uitgebracht. Deze heroverweging is het definitieve standpunt van de






ziekttekostenverzekeraar. Verzoeker heeft zich op 19 september 2013 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna: SKGZ) gericht. Na bemiddeling heeft verzoeker zich gewend tot de commissie. Dit alles is binnen de termijn geschied die geldt voor het indienen van een verzoek (artikel 5 lid 3 van het reglement van de commissie). Bovendien is in de heroverweging door de ziektekostenverzekeraar uitdrukkelijk gewezen op de mogelijkheid het geschil voor te leggen aan de SKGZ. De commissie verklaart het verzoek daarom ontvankelijk.




9.2. Verjaring is de meest vérstrekkende afwijzingsgrond en daarom zal deze als eerste worden besproken. In artikel 7:942 lid 2 BW is bepaald dat de verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling waarbij op de uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgend op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen. In concreto betekent dit dat de verjaringstermijn is aangevangen op het moment dat de ziektekostenverzekeraar de afwijzende beslissing heeft verzonden. De ziektekostenverzekeraar heeft onder andere in zijn brief van 11 april 2013 medegedeeld dat verzoeker bij brief van 7 mei 2009 is verzocht om toezending van de originele nota en de bijsluiters van de medicijnen. Deze brief van 7 mei 2009 - waarvan overigens geen afschrift is overgelegd in onderhavige procedure - is geen afwijzende beslissing. De verjaringstermijn is derhalve - anders dan de ziektekostenverzekeraar meent - niet op 7 mei 2009 aangevangen en het beroep op artikel 7:942 BW kan om die reden niet slagen.






9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat vergoeding van de door verzoeker in 2008 in Egypte gemaakte kosten van farmaceutische zorg is afgewezen, omdat geen originele nota is overgelegd. Voorts is door verzoeker op het verzoek van de ziektekostenverzekeraar van 7 mei 2009 om aanlevering van de originele nota alsmede de bijsluiters en de verpakkingen van de medicijnen door hem niet gereageerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is tot 3 februari 2013 niets meer van verzoeker vernomen. Verzoeker heeft gesteld dat hij het gevraagde - met name de originele nota - op 28 april 2009 via zijn echtgenote heeft ingestuurd. Door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is hem bij telefonische navraag medegedeeld dat de stukken waren zoekgeraakt in een verhuizing. Na diverse telefoongesprekken is op verzoek van de ziektekostenverzekeraar alles nog eens opgestuurd. Verzoeker heeft het telefoonnummer van de apotheker doorgegeven waar de medicijnen waren gekocht, en de ziektekostenverzekeraar verzocht contact op te nemen met het ziekenhuis.




9.4. De hoofdregel is dat de originele nota dient te worden overgelegd aan de ziektekostenverzekeraar om voor vergoeding van de betreffende kosten in aanmerking te komen. De commissie oordeelt dat het in het onderhavige geval naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is vast te houden aan voornoemde hoofdregel. Hiertoe zijn de volgende omstandigheden redengevend.



Na een ongeval in 2008 in Egypte heeft verzoeker kosten van medicijnen bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd bestreden dat de gedeclareerde kosten van farmaceutische zorg verband houden met dit ongeval en erop gewezen dat het medicijnen voor diabetes en hoge bloeddruk betreft. Ter toelichting heeft verzoeker evenwel verklaard dat hij voor langere tijd in Egypte was in verband met zijn werk en dat daarom op de nota zijn medicatie voor diabetes en hoge bloeddruk is gedeclareerd. Gelet op het uitdrukkelijk beroep van verzoeker op het feit dat de ziektekostenverzekeraar het betreffende medicijngebruik over de jaren heen makkelijk kon controleren, had het op diens weg gelegen om hierop te reageren. Dit heeft hij nagelaten. Tevens is onweersproken dat verzoeker destijds kosten heeft moeten maken voor de onderhavige medicijnen. Aldus staat vast dat de door verzoeker gestelde benodigde hoeveelheid en soort medicijnen zijn gedeclareerd.








De strekking van de eis van een originele nota is om fraude te voorkomen. Nu hiervan op geen enkele wijze is gebleken, is het belang van de ziektekostenverzekeraar om een beroep op deze bepaling te doen enkel erin gelegen om niet tot uitkering over te gaan. Een ander belang is door de ziektekostenverzekeraar niet gesteld.



Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 11 februari 2013 het volgende aan verzoeker medegedeeld: "*We kunnen deze kosten niet betalen omdat we geen nota hebben, deze hebben wij u op 7 mei 2009 retour gestuurd.*" De brief van 7 mei 2009 is niet in de procedure gebracht. Gezien het voorgaande staat vast dat door verzoeker destijds een nota is ingestuurd. Partijen verschillen nog van mening of dit een originele nota of een kopienota is geweest. Alles in aanmerking nemende is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in dit geval geen beroep toekomt op de voorwaarde dat de originele nota dient te worden overgelegd. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve over te gaan tot vergoeding, een en ander overigens met inachtneming van hetgeen in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald.



### Conclusie

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.



Zeist, 1 oktober 2014,



Voorzitter

