



Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C en D, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door Caresco B.V. te
Dordrecht.

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, orthodontie, wijziging voorwaarden tijdens lopend
behandeltraject

Zaaknummer : 201501772

Zittingsdatum : 23 maart 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, 7:940 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C en D, hierna te noemen: verzekerden,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Dordrecht.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzekerden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Promovendum Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerden bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Optimaal 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). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzekerden aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van orthodontie, te weten de beugelconsulten per maand, (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 5 februari 2015 en 2 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat 80 percent van de kosten van voornoemde behandelingen is vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 4, 6, 8, 13, 19 en 22 mei 2015, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. In het e-mailbericht van 13 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker aangeboden de aanvullende ziektekostenverzekering van hem of zijn partner met terugwerkende kracht te verhogen van de AV-Optimaal naar de AV-Excellent, zodat ook verzekerden verzekerd zullen zijn op grond van de laatstgenoemde verzekering. De AV-Excellent biedt aanspraak op 100 percent vergoeding voor orthodontie ten behoeve van verzekerden tot 18 jaar.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 november 2015 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 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 brief van 15 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2016 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 januari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 maart 2016 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. In 2014 is bij verzekerden de orthodontische behandeling aangevangen. Verzoeker heeft destijds gekozen voor de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat op grond hiervan de kosten van orthodontie volledig werden vergoed. Met ingang van 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding voor orthodontie eenzijdig aangepast en verlaagd naar 80 percent. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden voor de vergoeding van orthodontie niet mag aanpassen bij een lopende behandeling. Hij verwijst hierbij naar artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hieruit kan volgens verzoeker worden opgemaakt dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden een behandeling te vergoeden die is aangevangen vóórdát de verzekering is ingegaan, maar ook dat de ziektekostenverzekeraar niet het recht heeft om een behandeling die is aangevangen gedurende de looptijd van de verzekering niet meer of slechts gedeeltelijk te vergoeden.

4.2. Verzoeker merkt verder op dat in artikel 6 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering weliswaar is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden van de verzekering mag aanpassen, maar niet dat dit mag bij een lopende behandeling.

4.3. Verzoeker heeft het voorstel van de ziektekostenverzekeraar, om een aanvullende verzekering met een hogere dekking af te sluiten, afgewezen. Per saldo zou hij dan namelijk meer betalen dan wanneer de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering gelijk was gebleven. Hij tekent hierbij aan dat het verschil in premie per maand zelfs meer zou bedragen dan het bedrag dat nu - na aanpassing van de dekking - niet wordt vergoed.

4.4. Verzoeker benadrukt dat hij en verzekerden door een andere verzekeraar niet zullen worden geaccepteerd voor een aanvullende verzekering die de kosten van orthodontie dekt, omdat thans sprake is van een reeds aangevangen orthodontische behandeling.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat moet worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar eenzijdig de hoogte van de vergoeding mag wijzigen nádat het verzekerde risico zich heeft voorgedaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag hij dit indien geen sprake is van een doorlopende behandeling. Een orthodontische behandeling is naar zijn aard echter een doorlopende behandeling. Bij aanvang wordt een behandelplan opgesteld, waarna de beugel wordt aangebracht. Vervolgens vinden periodieke controles en aanpassingen aan de beugel plaats. Als het gebit is gereguleerd, wordt de beugel verwijderd, en vindt nog een nabehandeling plaats om het resultaat te behouden. Dat deze behandeling niet aan de hand een DBC wordt gedeclareerd is hierbij niet van belang.

Volgens de ziektekostenverzekeraar wordt de vergoeding van orthodontie per behandeling berekend aan de hand van de dan geldende polisvoorwaarden. Dit is echter niet terug te lezen in de polisvoorwaarden, aangezien in artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering alleen staat: "Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie)." Hieruit

volgt volgens verzoeker dat alle kosten van gebitsregulatie worden vergoed aan verzekerden tot achttien jaar die deze zorg nodig hebben. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat een behandeling orthodontie uit één zitting waarin meerdere prestaties kunnen worden uitgevoerd en gedeclareerd; de vergoeding wordt per behandeling berekend aan de hand van de dan geldende polisvoorwaarden. Ook dit is niet terug te lezen in de polisvoorwaarden.

Daarnaast betwist verzoeker het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat deze de vergoeding zou mogen verlagen indien geen sprake is van een doorlopende behandeling. Volgens verzoeker is van ondergeschikt belang of al dan niet sprake is van een doorlopende behandeling. Van belang is enkel of het verzekerde risico, waarvoor de overeengekomen vergoeding geldt, zich heeft gemanifesteerd.

Verzoeker betwist niet dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering de voorwaarden tussentijds mag wijzigen. Echter, in dit artikel wordt niet vermeld dat dit ook zou mogen als het verzekerde risico zich reeds heeft voorgedaan.

De ziektekostenverzekeraar verwijst in zijn e-mailbericht van 13 mei 2015 in dit verband naar artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarbij de ziektekostenverzekeraar stelt dat een orthodontist niet aan de hand van een DBC-tarief declareert en dat hierdoor de behandeldatum op de nota bepalend zou zijn voor de vergoeding, "*die in dat kalenderjaar van toepassing is.*" Deze laatste bijzin staat niet in voornoemd artikel 7 van de algemene voorwaarden en is er door de ziektekostenverzekeraar bij verzonnen.

In artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald wanneer aanspraak bestaat op vergoeding. Het artikel regelt echter niets over de hoogte van de vergoeding.

Verzoeker benadrukt dat in de polisvoorwaarden nergens is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de dekkingsvoorwaarden van een reeds aangevangen orthodontiebehandeling mag wijzigen.

Verzoeker heeft destijds kennis genomen van de verlaging van de vergoeding van de kosten van orthodontie van 100 naar 80 percent. Verzoeker ging ervan uit, en mocht ook ervan uitgaan, dat dit alleen gold voor verzekerden bij wie het verzekerde risico zich nog niet had voorgedaan, en bij wie de behandeling nog niet was aangevangen. Uit de artikelen 6 en 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt niet althans onvoldoende dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is de dekkingsvoorwaarden te wijzigen in die gevallen waarin de gebitsregulatie reeds was aangevangen.

Aangezien de ziektekostenverzekeraar de polisvoorwaarden heeft opgesteld, komt het risico dat deze voorwaarden zijn bedoelingen niet dan wel onvoldoende weergeven, voor rekening en risico van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar kon en mocht niet erop vertrouwen dat verzoeker zou hebben ingestemd met een dergelijke voorwaarde.

Verzoeker vindt een wijziging als de onderhavige in strijd met de redelijkheid en billijkheid, omdat hij zijn kinderen - nu de behandeling reeds is aangevangen - niet meer onder dezelfde vergoedingsvoorwaarden bij een andere verzekeraar kan verzekeren. Dit blijkt eens te meer uit de strekking van artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker beroept zich uitdrukkelijk op de artikelen 6:2 en 6:248 BW.

Door nog maar 80 percent van de kosten te vergoeden, handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met de tussen hem en verzoeker gesloten overeenkomst, en pleegt hij hierdoor wanprestatie.

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. Met ingang van 1 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de dekking voor orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering verlaagd. Vanaf deze datum bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op 80 percent van de kosten van orthodontie. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 19 november 2014 geïnformeerd over de wijzigingen in de dekking van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook de verlaging van de dekking voor orthodontie is hierin genoemd.

5.2. De ziektekostenverzekeraar mag, op grond van artikel 6 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, ieder kalenderjaar de voorwaarden aanpassen, ook als een

behandeling is aangevangen in een jaar waarin andere voorwaarden golden. Verzekerden worden tijdig geïnformeerd over de betreffende wijzigingen.

- 5.3. In artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is vastgelegd dat de behandeldatum of de datum van de levering van de zorg bepalend is voor de aanspraak op vergoeding. Alleen wanneer de behandeling wordt gedeclareerd met behulp van een DBC is de aanvangsdatum van de behandeling bepalend. Een orthodontist of tandarts declareert echter niet met behulp van een DBC. Daarom is de behandeldatum bepalend voor de vergoeding die dat kalenderjaar van toepassing is.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de behandelingen orthodontie worden gezien als losse behandelingen. De ziektekostenverzekeraar handhaaft zijn standpunt. Ieder jaar worden de polisvoorwaarden aangepast. Verzekerden worden hierover tijdig geïnformeerd, en mogen de verzekering met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Gevraagd naar de redelijkheid en billijkheid in de situatie waarin zou worden besloten de vergoeding op nul te zetten, antwoordt de ziektekostenverzekeraar begrip te hebben voor de situatie van verzoeker, en dat de wijziging in dat geval niet redelijk en klantvriendelijk is. De ziektekostenverzekeraar handhaaft evenwel zijn standpunt.
- 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel volgens de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op die verzekering, 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van orthodontie ten behoeve van verzekerden volledig te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op orthodontie en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar 80% van de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid."

- 8.3. Artikel 3 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt onder meer dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt aangegaan voor een periode van één kalenderjaar, waarna deze stilzwijgend wordt verlengd. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"3.1 Ingangsdatum en duur

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt afgesloten voor het jaar waarin de verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

(...)"

8.4. In artikel 6 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de premie en/of voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering mag wijzigen, en luidt:

- "a. Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.*
- b. Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.*
- c. Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.*
- d. U mag de wijziging niet weigeren wanneer de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van een wijziging in wettelijke regelingen."*

8.5. In artikel 7.1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de behandeldatum bepalend is voor de aanspraak op vergoeding van de zorg. Dit artikel luidt:

"U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend."

8.6. In artikel 6:238 lid 2 BW is bepaald dat bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 6:236 en 6:237 BW de bedingen duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg.

8.7. In artikel 7:940 lid 4 BW is bepaald dat als de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, de verzekeringnemer gerechtigd is de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan hem is meegedeeld.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Bij de beoordeling van het verzoek wordt vooropgesteld – hetgeen ook tussen partijen niet in geschil is – dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de inhoud en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig te wijzigen, hetzij tussentijds dan wel bij de jaarlijkse prolongatie. In voorkomend geval dienen de verzekeringnemers hiervan tijdig op de hoogte te worden gesteld. Zij kunnen er alsdan voor kiezen de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen binnen de termijn die daar voor staat en desgewenst over te stappen naar een andere verzekeraar. Een en ander is conform artikel 7:940 lid 4 BW. In beginsel kon de ziektekostenverzekeraar er derhalve op grond van artikel 6 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering toe besluiten de polisvoorwaarden voor het jaar 2015 in minder gunstige zin voor de verzekeringnemers te wijzigen ten opzichte van 2014, en de vergoeding voor orthodontische behandelingen te verlagen van 100 percent in 2014 naar 80 percent in 2015.

9.2. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van orthodontische behandelingen die in 2014 zijn gestart. De tekst van artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidde destijds: *"Orthodontie. Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie)"*. Verzoeker stelt dat de verlaging die met ingang van 2015 is gerealiseerd in zijn specifieke situatie niet geldt, omdat hij op basis van de polisvoorwaarden voor het jaar 2014, het jaar waarin het verzekerde risico zich heeft verwezenlijkt, erop mocht vertrouwen dat de volledige kosten van orthodontie zouden blijven worden vergoed. Het is daarbij niet relevant of sprake is van

een doorlopende behandeling, en evenmin of één zitting als één behandeling wordt beschouwd, of dat alle zittingen als één behandeling worden beschouwd, aldus verzoeker.

- 9.3. Volgens verzoeker biedt artikel 6 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering de ziektekostenverzekeraar geen grondslag de vergoeding te beperken indien het verzekerde risico zich heeft gemanifesteerd. In dat kader voert verzoeker aan dat een verzekeringsovereenkomst alleen kan worden gesloten ten aanzien van risico's die zich nog niet hebben verwezenlijkt, althans waarvan partijen niet op de hoogte zijn dat die zich reeds hebben verwezenlijkt. Derhalve mag in de spiegelbeeldige situatie, waarin een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen waarna het verzekerde risico zich heeft gemanifesteerd, de verzekeraar de overeengekomen vergoedingen met betrekking tot dat risico niet verlagen.
- 9.4. Verzoeker heeft verder betoogd dat uit de tekst van artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering, zoals deze in 2014 luidde, volgt dat als een gebit van een verzekerde jonger dan 18 jaar moet worden gereguleerd, de ziektekostenverzekeraar alle kosten van die gebitsregulatie vergoedt.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar hanteert bedoeld artikel echter op een wijze, waarbij de verzekeringsvoorwaarden als volgt worden gelezen: *"Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van een behandeling orthodontie. Een behandeling orthodontie bestaat uit één zitting waarin meerdere prestaties kunnen worden uitgevoerd en gedeclareerd. De vergoeding wordt per behandeling berekend aan de hand van de ten tijde van de behandeling geldende voorwaarden."*
- 9.6. De door de ziektekostenverzekeraar betrokken stelling is in zoverre juist dat de kosten van een behandeling orthodontie door de *zorgaanbieder* mogen worden gedeclareerd conform de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tariefbeschikking. Ingediende declaraties worden beoordeeld met inachtneming van het bepaalde in artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Echter, die betreffende beoordeling vormt niet het onderwerp van het geschil. De vraag die aan de orde is, is of verzoeker voornoemd artikel 10 aldus mocht lezen dat in 2014 de kosten van een in dat jaar aangevangen behandeltraject – dat wil zeggen tot de afronding van dat traject – volledig zouden worden vergoed.
- 9.7. De commissie beantwoordt deze vraag bevestigend. Verzoeker mocht er, op basis artikel 10, al dan niet in samenhang met artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering bezien, bij de start van de behandeling op vertrouwen dat het gehele traject van gebitsregulatie voor verzekerden volledig zou worden vergoed. Verzoeker hoefde er geen rekening mee te houden dat de declaratiesystematiek, voortvloeiende uit de toepasselijke tariefbeschikking van de NZa, welke systematiek niet uitgaat van één traject maar van een scala aan verrichtingen, hem in het jaar 2015 zou kunnen worden tegengeworpen, aangezien in de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde bepalingen geen verwijzing naar de Wet marktordening gezondheidszorg of de tariefbeschikking van de NZa is opgenomen. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt enkel in welke situatie recht bestaat op vergoeding vanuit die verzekering. Het artikel behelst geen regeling ten aanzien van de hoogte van de vergoeding. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar ook de na het jaar 2014 opgekomen kosten van gebitsregulatie volledig dient te vergoeden.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.9. 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, 11 mei 2016,



P.J.J. Vonk

