



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, hoog-laag-bed, hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Zaaknummer : 201502795

Zittingsdatum : 12 oktober 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.9 Bzv, 2.6 e.v. Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk 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 Restitutiepolis (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 Top Sticol 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een hoog-laag-bed (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar een gedeeltelijke vergoeding van € 108,50 per jaar wordt toegekend, zolang de verzekering duurt en voor maximaal tien jaar.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 mei 2015 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 3 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 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 4 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juli 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 21 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016094825) de commissie bericht dat zij niet bevoegd is een advies uit te brengen. Een afschrift van de reactie van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft Multiple Sclerose en om verergering van de spasmen te voorkomen, is haar geadviseerd een hoog-laag-bed aan te schaffen. Op 17 maart 2015 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster medegedeeld dat zij een tweepersoons hoog-laag-bed wil kopen. Eigenlijk betreft het twee éénpersoonsbedden die tegen elkaar aan te schuiven zijn. Aangezien een dergelijk bed niet bij de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde leverancier voorradig is, wenst zij het betreffende bed aan te schaffen bij een andere leverancier. In antwoord op de vraag of in een dergelijke situatie aanspraak bestaat op vergoeding, deelde de medewerker haar mede dat de kosten volledig worden vergoed. Voorwaarde was alleen dat verzoekster de offerte met een verwijzing zou voorleggen vóórdat zij het bed aanschafte.
- 4.2. Naar aanleiding van het telefonisch contact heeft verzoekster de gevraagde stukken naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. In reactie hierop ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar op 30 maart 2015 een akkoordverklaring. Verzoekster kan uit de tekst van de akkoordverklaring niet anders opmaken dan dat de volledige kosten (€ 4.195,--) worden vergoed. De akkoordverklaring wekt immers de suggestie dat het hoog-laag-bed wordt vergoed en dat daarnaast jaarlijks een bedrag wordt uitgekeerd voor het onderhoud. Later is het verzoekster gebleken dat zij alleen aanspraak heeft op een restitutievergoeding van € 108,50 per jaar. Nergens in de akkoordverklaring wordt echter vermeld dat deze periodieke vergoeding de enige vergoeding is.
- 4.3. Verzoekster voelt zich door de ziektekostenverzekeraar misleid en ook in het Reglement Hulpmiddelen 2015 van de ziektekostenverzekeraar staan misleidende teksten. Zo staat hierin bijvoorbeeld de volgende zinsnede vermeld: "Als u het hulpmiddel bij een niet-gecontracteerde zorgverlener haalt, krijgt u niet zondermeer de gehele aanschafwaarde vergoed". Deze passage suggereert dat onder bepaalde voorwaarden althans een deel van de aanschafprijs wordt vergoed. De praktijk is daarentegen dat alleen de gebruikskosten worden betaald.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij een tweepersoonsbed heeft aangeschaft omdat zij getrouwd is en liefst naast haar echtgenoot slaapt. Verder wilde verzoekster graag twee verstelbare beddelen, zodat zij aan beide kanten van het bed kan liggen. Als verzoekster op één kant van het bed blijft liggen groeit zij één kant op. Nadat zij de offerte van het bed naar de ziektekostenverzekeraar had gestuurd, kreeg zij een reactie die zeer discutabel is. In de betreffende brief van 30 maart 2015 wordt namelijk gesuggereerd dat het bed volledig wordt vergoed. In werkelijkheid blijkt de vergoeding slechts ruim € 100,-- per jaar te bedragen. En dan blijft het probleem dat hoogstwaarschijnlijk het bed in bruikleen blijft.

- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat onder voorwaarden aanspraak bestaat op hulpmiddelen. De betreffende hulpmiddelen en voorwaarden staan vermeld in het Reglement Hulpmiddelen. Indien een verzekerde een hulpmiddel aanschaft bij een zorgaanbieder waarmee de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, is vooraf een akkoordverklaring nodig. Daarnaast worden bepaalde hulpmiddelen in bruikleen verstrekt.
- 5.2. Indien het hulpmiddel wordt aangeschaft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals in de onderhavige situatie, wordt niet zondermeer de gehele aanschafprijs vergoed. De ziektekostenverzekeraar vergoedt dan alleen de gebruikskosten voor een jaar. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat verzoekster een hoog-laag-bed heeft aangeschaft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In een dergelijke situatie wordt een jaarlijks bedrag van € 108,50 (tarief 2015) dan wel € 130,20 (tarief 2016) vergoed. Dit zijn de marktconforme bedragen voor de verstrekking van het bed, dus niet alleen de gebruikskosten. Het bedrag van € 108,50 is ook genoemd in de akkoordverklaring van 30 maart 2015. Indien verzoekster had gekozen voor een naturapolis, en zij zich had gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, had zij een lagere (jaarlijkse) vergoeding ontvangen, namelijk € 65,10 (tarief 2016).
- 5.3. Verzoekster stelt dat zij de op 30 maart 2015 afgegeven akkoordverklaring onduidelijk vindt, doch daarin staat duidelijk vermeld waaruit de vergoeding bestaat. De akkoordverklaring betreft een bed met een offerteprijs van € 4.195,-. Onder het kopje 'Vergoeding' is uitleg gegeven over de vergoeding en ook expliciet genoemd hoe hoog de vergoeding is, namelijk € 108,50 per jaar gedurende maximaal tien jaar. Verzoekster zou uit de akkoordverklaring hebben opgemaakt dat de ziektekostenverzekeraar naast de gebruikskosten van € 108,50 de aanschafprijs van het hoog-laag-bed vergoedt. Dit zou dan echter betekenen dat de ziektekostenverzekeraar meer vergoedt dan de werkelijk gemaakte kosten.
- 5.4. Verzoekster stelt voorts dat haar tijdens een telefonisch contact op 17 maart 2015 door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Ten aanzien hiervan merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit de gemaakte telefoonnotities blijkt dat verzoekster te kennen heeft gegeven een bed te willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster is toen medegedeeld dat de offerte en de medische indicatie voor het bed naar de ziektekostenverzekeraar konden worden gestuurd voor een beoordeling. Uit de gemaakte notitie blijkt niet dat in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Bovendien zou de ziektekostenverzekeraar, in lijn met artikel A.18.3 van de zorgverzekering, de toezegging dan schriftelijk hebben bevestigd. Dat een dergelijke bevestiging ontbreekt, maakt het bestaan ervan nog minder aannemelijk.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hoog-laag-bedden in beginsel in bruikleen worden gegeven. Aangezien verzoekster het bed heeft aangeschaft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is dit echter in eigendom verstrekt. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar de wens van verzoekster om naast haar man in één bed te slapen te kunnen begrijpen, maar dit neemt niet weg dat moet worden getoetst of sprake is van doelmatige zorg. Aangezien alleen verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een hoog-laag-bed, kan niet van doelmatige zorg worden gesproken als een tweepersoonsbed wordt aangeschaft met twee verstelbare delen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen en instructie en begeleiding bij het gebruik ervan.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering.

Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u hebt recht op een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. (...)

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;*
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;*
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;*
- de hoogte van een eventuele eigen bijdrage of maximum vergoeding.*

U kunt het Reglement bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen.

(...)"

8.4. In het Reglement Hulpmiddelen 2015 is het volgende opgenomen:

"Hulpmiddel: Bedden in speciale uitvoering met daarvoor bestemde matrassen

Voorwaarden: Indicatie voor verpleging, of ter bewaring van zelfstandigheid

Akkoord verklaring 1e verstrekking nodig van: Gecontracteerde zorgverlener Bij afwijkende uitvoering: Zorgverzekeraar

Akkoordverklaring nodig van ons: Nvt

*Verwijsbrief met medische diagnose nodig van: Behandelend arts Kinderbed: medisch specialist
Bruikleen/Eigendom: Bruikleen"*

- 8.5. Artikel A.3.2 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

(...)

• u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

(...)"

- 8.6. Verder bepaalt artikel A.18.3 van de zorgverzekering:

"A.18.3. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk hebben bevestigd. Wij gaan er vanuit dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende post- of e-mailadres u hebben bereikt. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres bekend hebt gemaakt."

- 8.7. De artikelen A.3.2, A.18.3. en B.17. van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2015 zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 tot en met 2.36 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op artikel B.17. van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen 2015 van de ziektekostenverzekeraar staat vast dat een hoog-laag-bed tot de verzekerde prestaties op basis van de zorgverzekering behoort. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat, in afwijking van het bepaalde in het Reglement Hulpmiddelen 2015, het onderhavige hoog-laag-bed in eigendom is verstrekt omdat dit is aangeschaft bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Niet in geschil is dat verzoekster ten tijde van de aanvraag een (verzekerings)indicatie had voor een hoog-laag-bed. Enkel de vraag of het door verzoekster aanschafte hoog-laag-bed in haar situatie doelmatig is houdt partijen verdeeld. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.


- 9.2. De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2 van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt in dat geval een integrale toetsingsbevoegdheid toe. Beoordeeld dient te worden of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het door haar aangeschafte hoog-laag-bed alsnog (gedeeltelijk) aan verzoekster te vergoeden.
- 9.3. Verzoekster heeft een tweepersoons hoog-laag-bed aangeschaft. Daarnaast gevraagd heeft zij verklaard te hebben gekozen voor een tweepersoonsbed omdat zij getrouwd is. Verder heeft verzoekster gekozen voor twee verstelbare delen, zodat zij aan beide kanten kan liggen. Als verzoekster op één kant zou liggen, groeit zij één kant op. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat een tweepersoonsbed niet doelmatig is omdat alleen verzoekster een (verzekerings)indicatie voor een hoog-laag-bed heeft. Indien verzoekster had gekozen voor een eenpersoonsbed had zij aan beide kanten van het bed kunnen uitstappen. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin volgen. Als gezegd, heeft alleen verzoekster een (verzekerings)indicatie voor een hoog-laag-bed. Hoewel de commissie begrijpt dat zij graag naast haar echtgenoot in één bed slaapt, kan dit geen argument zijn om te kiezen voor een tweepersoonsbed. Daarnaast zijn de kosten van het onderhavige tweepersoonsbed aanzienlijk hoger dan indien verzoekster zou hebben gekozen voor een eenpersoonsbed.
- 9.4. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot het besluit heeft kunnen komen dat het door verzoekster aangeschafte tweepersoonsbed niet doelmatig is zodat geen vergoeding op grond van de zorgverzekering hoeft te volgen. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar gemeend aan verzoekster een restitutievergoeding te moeten verlenen van € 108,50 (tarief 2015) per jaar gedurende maximaal tien jaar. De commissie zal in die beslissing niet treden.
- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat zij uit de akkoordverklaring van 30 maart 2015 heeft begrepen dat een volledige vergoeding van het hoog-laag-bed zou volgen. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat verzoekster uit de betreffende akkoordverklaring redelijkerwijs had kunnen opmaken dat zij enkel een jaarlijkse vergoeding zou ontvangen. Weliswaar wordt in het stuk het aanschafbedrag van € 4.195,-- genoemd, maar onder het kopje "vergoeding" is duidelijk vermeld: "Restitutievergoeding: € 108,50 per jaar". Van een verdere (gedeeltelijke) vergoeding van het aanschafbedrag wordt geen melding gemaakt. De stelling van verzoekster dient om die reden te worden gepasseerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een hoog-laag-bed, zodat de bespreking daarvan verder achterwege kan blijven.

Telefonische toezegging

- 9.7. Door verzoekster is gesteld dat zij op 17 maart 2015 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid haar is medegedeeld dat een hoog-laag-bed volledig zou worden vergoed. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.8. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat verzoekster op 17 maart 2015 met de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact heeft gehad. Het is evenwel aan verzoekster tevens aannemelijk te maken dat haar bij die gelegenheid bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat verzoekster er in de procedure niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de



verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan en wat hiervan de inhoud was. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoekster in het bijzonder niet is aangegeven met wie zij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling te reconstrueren en hoe het antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar in artikel A.18.3 van de verzekeringsvoorwaarden heeft opgenomen dat een eventuele mondelinge toezegging op verzoek van een verzekerde schriftelijk kan worden bevestigd. Niet gebleken is dat verzoekster om een dergelijke schriftelijke bevestiging heeft verzocht terwijl dit, gelet op haar belang, wel op haar weg had gelegen.



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, 2 november 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

