



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, frozen shoulder, indicatie, redelijkheid en billijkheid  
Zaaknummer : 201701411  
Zittingsdatum : 20 juni 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, 6:248 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, ver-tegenwoordigd door C te B,  
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag 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). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen VGZ Zuid-Limburgpakket en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 februari 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 3 november 2016, 6 december 2016 en 23 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 15 december 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 26 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 8 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018023979) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster in 2017 gedurende de maximale behandeltermijn van twaalf maanden behandelingen fysiotherapie heeft ondergaan voor de indicatie frozen shoulder ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 juni 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 28 juni 2018 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 9 juli 2018 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 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor onbeperkte fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Zij heeft op het aanvraagformulier alleen de aandoening fibromyalgie vermeld. Omdat deze aandoening geen indicatie vormt voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen. Nadien heeft verzoekster een verklaring van haar behandelend revalidatiearts van 12 september 2016 overgelegd, waaruit blijkt dat bij haar al voorafgaand aan voornoemde aanvraag sprake was van een frozen shoulder met dreigende irreversibele beperkingen. Een frozen shoulder is een indicatie voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Verzoekster meent dat in haar geval dringende redenen bestaan om van het door de ziektekostenverzekeraar gestelde uitgangspunt, dat bij de beoordeling van het al dan niet toekennen van een machtiging de aanvraag leidend is, af te wijken. Zij licht dit als volgt toe.
- 4.2. Indien verzoekster had geweten dat zij op het aanvraagformulier al haar aandoeningen moest vermelden dan had zij dat gedaan. Haar onwetendheid hierover kan haar niet worden tegengeworpen door de ziektekostenverzekeraar. Dit geldt te meer, omdat zij in het verleden van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar ieder jaar een machtiging kreeg voor onbeperkte fysiotherapie op grond van de zorgverzekering. Bovendien zal het niet vergoeden van de 38 door verzoekster zelf bekostigde behandelingen fysiotherapie in 2016 door de ziektekostenverzekeraar leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- 4.3. Fysiotherapie is bij verzoekster namelijk dringend noodzakelijk, opdat zij niet in een rolstoel belandt. In dit verband verwijst zij naar de brief van haar behandelend revalidatiearts van 12 september 2016, waarin het volgende is vermeld: "*verzoekster* is mij reeds lange tijd bekend onder de volgende diagnoses: Chronisch therapieresistente schouderklachten rechts geduid als frozen shoulder met dreigende irreversibele beperkingen. (...) [*Zij*] is bovendien bekend met psychische klachten in de vorm van angststoornis en depressieve klachten (2013). (...) Advies: gelet op haar fysieke problematiek met name op haar psychiatrische problematiek is het vanuit revalidatiegeneeskundig oogpunt wenselijk dat zij de door haar gevolgde bewegingstherapie onder begeleiding van de fysiotherapeut onverminderd voort kan zetten te meer daar zij hierop gunstig heeft gereageerd in de vorm van het hanteerbaar houden van haar fysieke en psychische problematiek. Ik hoop dat u haar hiermee kunt helpen in de vorm van een verlenging van de bewegingstherapie." Teneinde de dringend noodzakelijke behandelingen fysiotherapie in 2016 te

kunnen ondergaan, heeft verzoekster geld moeten lenen van naasten. Zij heeft slechts een kleine uitkering, waarmee zij deze leningen moet terugbetalen.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2017 een machtiging aan verzoekster verleend voor fysiotherapie op grond van de indicatie frozen shoulder. Aangezien deze aandoening in 2016 eveneens bij haar aan de orde was, moet hij ook de in dat jaar aan verzoekster verleende fysiotherapie vergoeden. Een en ander blijkt uit de brief van de revalidatiearts van 27 november 2017, waarin het volgende is vermeld: "*(...) Sedert september 2014 ervaart [verzoekster] pijnklachten in de schouders en de nek die werden behandeld met Diclofenac[,] waarvan zij slechts lichte klachtenverlichting heeft ervaren. (...) Gelet op de toenemende bewegingsbeperking en de pijn is zij sedertdien onder de diagnose frozen shoulder onder behandeling gebleven bij de fysiotherapie. (...)*"
- 4.5. Alles in ogenschouw nemend, vindt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 een machtiging aan haar moet toekennen voor onbeperkte fysiotherapie op grond van de zorgverzekering.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij, op aanraden van de ziektekostenverzekeraar, een aanvraag heeft ingediend voor bijzondere bijstand ter bekostiging van de behandelingen fysiotherapie in 2017. Deze aanvraag is door de gemeente waarin zij woonachtig is afgewezen. Tevens heeft verzoekster benadrukt dat een frozen shoulder niet binnen een jaar is verholpen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Aanspraak op fysiotherapie op grond van de zorgverzekering bestaat indien betrokkene een indicatie heeft die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv). Verzoekster heeft een machtiging aangevraagd voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering ter behandeling van de aandoening fibromyalgie. Omdat deze aandoening geen indicatie vormt, zoals bedoeld in voornoemde zin, heeft de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag afgewezen. Nadien heeft verzoekster aanvullende stukken overgelegd, waaronder de verklaring van haar behandelend revalidatiearts van 12 september 2016. Hierin is het volgende vermeld: "*[verzoekster] is mij reeds lange tijd bekend onder de volgende **diagnosen**: Chronisch therapieresistente schouderklachten rechts geduid als frozen shoulder met dreigende irreversibele beperkingen. Chronische tendomyogene pijnklachten/fibromyalgie (diagnose 2007). Status na CTS operatie links 2007 (2x). Ulnaropathie links waarvoor release operatie 2010. Epicondylitis medialis klachten links 2011. Status na CTS en re-CTS operatie rechts 2012 en 2013. Patiënte is bovendien bekend met psychische klachten in de vorm van angststoornis en depressieve klachten (2013). Epicondylitis lateralis klachten rechts 2015. (...)*" Op grond van de nieuwe stukken heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoekster opnieuw beoordeeld, maar zijn afwijzende beslissing gehandhaafd, omdat voornoemde aandoeningen volgens zijn medisch adviseur niet zijn opgenomen op bijlage 1 Bzv.
- 5.2. Tot 1 januari 2016 was verzoekster bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten en heeft diens gevolmachtigde de aanvragen van verzoekster voor een machtiging voor fysiotherapie beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geen inzage in de administratie van de gevolmachtigde en mag ook geen gegevens bij hem opvragen vanwege privacywetgeving. Om die reden weet hij niet waarom zijn rechtsvoorganger in het verleden telkens aan verzoekster een machtiging heeft toegekend voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering en kan hij eveneens de tijdsduur van de indicatie frozen shoulder niet beoordelen. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel toegezegd de aanvraag opnieuw te beoordelen indien verzoekster hem de noodzakelijke aanvragen en onderbouwingen doet toekomen, waarbij hij heeft opgemerkt dat zij deze kan opvragen bij de gevolmachtigde.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar sluit niet uit dat de behandelend revalidatiearts met de term “*blijvende irreversibele beperkingen*” bedoelt dat verzoekster in een rolstoel dreigt te belanden. Dit maakt zijn afwijzende beslissing evenwel niet anders, aangezien hij de onderhavige aanvraag moet beoordelen aan de hand van de geldende verzekeringsvoorwaarden. Hieraan voldoet verzoekster niet, nu de aandoening fybromyalgie geen indicatie vormt voor fysiotherapie op grond van de zorgverzekering.
- 5.4. Aangezien verzoekster een nieuwe verwijzing aan de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd, heeft hij een machtiging voor de periode van 12 januari 2017 tot 12 januari 2018 verleend voor fysiotherapie ter behandeling van een frozen shoulder. Hierbij merkt hij op dat deze aandoening maximaal een jaar ten laste van de zorgverzekering kan worden behandeld.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 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 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 fysiotherapie in 2016, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Omschrijving**

*U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.*

*(...)*

**18 jaar en ouder:**

*- u hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;*

*- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst. De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.*

*(...)*

**Chronische lijst**

*De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de ‘Chronische lijst’ genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op*

deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. (...)

### **Toestemming**

*U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden."*

- 8.4. Artikel 1.9 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"Verwijzing, voorschrift of toestemming*

*(...)*

### **Toestemming**

*U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.*

*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. (...)*

*Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen."*

- 8.5. De artikelen 1.9 en 26 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en bijlage 1 Bzv.
- 8.7. 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.

8.8. Artikel 6:248 BW luidt:

*"1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.  
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn."*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Vast staat dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft gevraagd voor fysiotherapie ter behandeling van de aandoening fibromyalgie en dat op grond van deze aandoening geen aanspraak bestaat op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering, zodat de machtiging in eerste instantie door de ziektekostenverzekeraar terecht is afgewezen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar verzoekster alsnog een machtiging met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 moet verlenen op basis van de nadien door verzoekster overgelegde medische verklaringen van haar behandelend revalidatiearts en fysiotherapeut. Verzoekster meent van wel, aangezien uit deze stukken blijkt dat voorafgaand aan de onderhavige aanvraag bij haar al sprake was van de aandoening frozen shoulder. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander betwist en onder andere aangevoerd dat de ingediende aanvraag alleen ziet op fysiotherapie ter behandeling van de aandoening fibromyalgie en dat hij de tijdsduur van de indicatie frozen shoulder niet kan bepalen. Bij deze indicatie bestaat slechts gedurende maximaal twaalf maanden aanspraak op vergoeding van de behandelingen fysiotherapie, ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor fysiotherapie – met uitzondering van de eerste twintig behandelingen – indien sprake is van een indicatie die voorkomt op bijlage 1 Bzv. De aandoening frozen shoulder is een indicatie in voornoemde zin (bijlage 1, eerste lid, onderdeel b, onder 7, Bzv), waarbij de behandelduur, gelet op het bijlage 1, vierde lid, Bzv, is gemaximeerd tot twaalf maanden. Zoals de commissie eerder heeft geoordeeld, is de aanvraag leidend. Indien bij de aanvraag de indicatie frozen shoulder was vermeld, hetgeen niet is gebeurd, had in beginsel aanspraak bestaan op fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. Hierbij moet echter het volgende worden aangetekend.

Verzoekster heeft gesteld - en de ziektekostenverzekeraar bevestigd - dat hij haar in het jaar 2017 een machtiging heeft verleend voor fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering op grond van de indicatie frozen shoulder voor de duur van twaalf maanden. Dit betekent dat indien er al grond zou zijn voor toewijzing van het verzoek - hetgeen nadrukkelijk niet het geval is - het effect hiervan zal zijn dat de machtiging voor 2017 niet in stand kan blijven. De indicatie frozen shoulder geeft immers aanspraak op fysiotherapie gedurende maximaal twaalf maanden. De commissie besluit daarom dat geen aanspraak bestaat op fysiotherapie in 2016 en dat de voor 2017 afgegeven machtiging in stand blijft.

### **Redelijkheid en billijkheid**

9.3. Voor zover verzoekster zich erop beroept dat het niet toekennen van een vergoeding door de ziektekostenverzekeraar ter zake van de behandelingen fysiotherapie in 2016 - derhalve naast die in 2017 - leidt tot een uitkomst die in haar geval naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, overweegt de commissie als volgt. Gelet op de jurisprudentie ter zake van de Hoge Raad (zweeftoestel, ECLI:NL:PHR:2006:AV9435, en Bosentan, ECLI:NL:HR:2014:3679) is voor de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid bij verzekeringsovereenkomsten,

waar het de primaire dekking omschrijving betreft, niet of nauwelijks ruimte. Voor zover dit al aan de orde is, gelden hierbij strikte voorwaarden, waaraan in casu niet wordt voldaan. Althans dit is niet door verzoekster aannemelijk gemaakt.  
Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2018,

L. Ritzema