



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie bovenarmen, borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv  
Zaaknummer : 201901694  
Zittingsdatum : 5 februari 2020

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

---

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 12 november 2019 heeft verzoeker het klachtenformulier van de SKGZ ingevuld. Hierin heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 16 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 17 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 14 januari 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019063700) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 15 januari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 februari 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 februari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 10 februari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker is na een bariatrische ingreep sterk afgevallen. Door het grote gewichtsverlies is veel huidoverschot ontstaan. Enige tijd geleden heeft verzoeker een lower bodylift laten uitvoeren. Door deze ingreep is het contrast met zijn bovenlichaam groot. Daar komt bij dat verzoeker last heeft van de overtollige huid, met name bij de armen en borst. Dit is zo extreem dat hij overmatig zweet. De plastisch chirurg heeft verzoeker geadviseerd een dermoliplectomie van de bovenarmen én een borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese te laten uitvoeren. Verzoeker is hiermee akkoord gegaan waarna de plastisch chirurg namens verzoeker voor beide ingrepen een aanvraag heeft ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft bij brieven van 28 mei 2019 en 18 juni 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde dermoliplectomie van de bovenarmen en borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Verzoeker is opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Deze heeft het volgende verklaard:

*"Spreekuur verslag Wageningen. [naam verzoeker], upper bodylift en dermoliplectomie armen  
17 oktober 2019, adviserend geneeskundige  
Reden voor oproep: verzoek en vraag SKGZ bij over aanvraag dermoliplectomie bovenarm bij PRS 3  
volgens plastisch chirurg en schuren bij veel zweten  
(...)*

*Eerste beoordeling mei 2019*

*Hier is geen sprake van een verminking en geen sprake van een ernstige aantoonbare lichamelijke functiestoornis.*

*Gezien de foto's is er geen sprake van een uitzonderlijke situatie. Het is medisch inhoudelijk gezien niet aannemelijk dat hier sprake is van onbehandelbaar smetten. De situatie op de foto komt zeer veel voor bij vrouwen zonder klachten dan wel is het zweten met de juiste hygiënische maatregelen goed onder controle te houden. Op de foto's is sprake van een normale huid zonder afwijkingen, er is geen sprake van een verminking.*

*Niet akkoord.*

*Tweede beoordeling ivm klacht:*

*Spreekuuroproep ivm verzoek SKGZ en geen foto's van de armen, alleen van de borsten.*

*(...)*

*Anamnese:*

*2014 sleeve 203 kg, 110 k afgevallen. Nu stabiel 95 kg. L 1.80*

*1. Heeft last van borsten die je door kleding heen ziet. Altijd gehad; gehad. Was als kind al dik. Is volgens plastisch chirurg vetweefsel. Nooit echo gedaan. Geen kapotte huid.*

*2. Zweet veel onder oksels, ook in rust. Zweet alleen daar veel; elders op het lichaam niet. Geeft aan dat veel zweten in oksels komt doordat er een uitloper van een vetplooï vanaf rug in oksels uitloopt. De huid in de oksels is nog niet kapot geweest. Voelt wel geïrriteerd aan. Wil voorkomen dat het gaat smetten en kapot gaat zoals onder vetschort na afvallen. Wil daarom na lower body lift nu ook een upper bodylift.*

*Voelt zich onzeker door zweten en spuit om het uur deodorant in oksels.*

*Huisarts heeft geen crème of andere maatregelen geadviseerd om smetten te voorkomen - ook niet destijds bij vetschort buik - en heeft wederom gelijk naar plastisch chirurg doorverwezen om het operatief op te lossen. Dus ook niet bij dermatoloog geweest.*

*Plastisch chirurg zei dat dit alleen met een operatie kan worden OK opgelost. Mbt vergoedingsmogelijkheden gaf de plastisch chirurg aan dat het "soms wel en soms niet wordt vergoed".*

*LO:*

*Lengte: 1.79 m Gewicht: weegschaal kapot*

*Duidelijke borstvorming, wat asymmetrisch, geen klierschijven palpabel. Geen Tanner M 4.*

*Huid normaal.*

*Geschoren oksels, droog. Normale huid in oksels en op bovenarmen; geen irritatie, roodheid of laesies zichtbaar. Geen bewegingsbeperking armen door vetsurplus.*

*(...)*

*Resultaat bespreking 2 andere adviserend geneeskundigen*

*Beiden geven aan dat:*

*- obv van de op het spreekuur gemaakte foto's van de bovenarmen in dezelfde houding als de foto's in de VAV werkwijzer er bij verzekerde geen sprake van een PRS 3 is.*

*En bij een situatie tussen een PRS 2 en 3, zoals hier het geval is, geen aanspraak op vergoeding van correctie van de bovenarmen mogelijk is*

(...)

1. Dermolipectomie bovenarmen afwijzen ivm geen verminking (geen PRS3) en geen smetten cq ernstige, objectief aantoonbare, lichamelijke functionele stoornis
2. Borstreconstructie: afwijzen ivm geen grond op vergoeding ikv gynaecomastie gezien geen aangetoond klierweefsel, geen Tannerstadium M4 of meer en geen smetten cq ernstige, objectief aantoonbare, lichamelijke functionele stoornis"

- 3.6. Bij brief van 14 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Ter onderbouwing heeft het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:

*"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor een dermoliplectomie en borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese. De gevraagde behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."*

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar de aangevraagde dermoliplectomie van de bovenarmen en de borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese alsnog moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

- 6.2. Namens verzoeker zijn aanvragen ingediend voor een dermoliplectomie van de bovenarmen en een borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese. Deze ingrepen zijn aan te merken als behandelingen van plastisch-chirurgische aard. De zorgverzekering biedt aanspraak op vergoeding van dergelijke behandelingen als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Dit blijkt uit hetgeen is bepaald op de pagina's 39 en 40 van de zorgverzekering.

- 6.3. De commissie merkt op dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde criteria behoren bij de beoordeling van een buikwandcorrectie (Pittsburgh Rating Scale graad 3 of onbehandelbaar smetten) en een gynaecomastie-extirpatie (aangetoond klierweefsel). Vast staat dat door de plastisch chirurg andere ingrepen zijn aangevraagd, namelijk een dermoliplectomie van de bovenarmen en een mammaeconstructie door middel van LD-flap, zonder prothese. Voor deze ingrepen gelden de algemene criteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, te weten dat sprake moet zijn van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking (ernstige misvorming van een lichaamsdeel).

- 6.4. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan, wat betreft een dermoliplectomie van de bovenarmen, worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Dit is bijvoorbeeld aan de orde

indien betrokkene door de forse omvang van de bovenarmen deze niet meer goed kan bewegen. Gesteld noch gebleken is dat dit bij verzoeker aan de orde is. Verder is het de commissie niet gebleken dat bij verzoeker anderszins sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. Het enkele feit dat verzoeker last heeft van (veel) zweten en smetplekken is hiervoor onvoldoende. Dit zou slechts anders kunnen zijn als de smetklachten zodanig ernstig zijn dat de middelen die de dermatoloog voorschrijft niet meer helpen en een operatie nog de enige optie is. Dit doet zich bij verzoeker echter niet voor. Een en ander leidt tot de conclusie dat zowel voor de dermolipectomie van de bovenarmen als voor de borstreconstructie een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis ontbreekt.

6.5. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Tevens is verminking aan de orde in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel. Gelet op de door verzoeker ingestuurde foto's is van verminking in bovenvermelde zin geen sprake. Deze conclusie geldt zowel voor de dermolipectomie van de bovenarmen als voor de borstreconstructie door middel van LD-flap, zonder prothese.

6.6. Omdat niet is voldaan aan de voorwaarden met betrekking tot de (verzekerings)indicatie zoals genoemd op de pagina's 39 en 40 van de zorgverzekering, heeft verzoeker geen aanspraak op een dermolipectomie van de bovenarmen en een borstreconstructie door middel van LD-flap, zonder prothese, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, kan niet leiden tot een ander oordeel. Ook de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar eerder wel een lower bodylift heeft vergoed, kan hem niet baten. Per aangevraagde ingreep moet namelijk worden beoordeeld of wordt voldaan aan de voorwaarden, hetgeen tot verschillende uitkomsten kan leiden.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 februari 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

### Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
  - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

#### Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar de Mijn-omgeving. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

### 1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

### 1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

### 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

#### Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

#### Toestemming

U heeft 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 heeft gekregen, dan heeft 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. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

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

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

### 1.10. Wanneer heeft u recht op vergoeding van de kosten van verzekerde zorg?

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.



### 1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vergoeding van vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- Vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht

### 1.12. Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

---

#### Waarborg uitkering bij terrorisemeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorisemeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

---

## Artikel 2. Algemene bepalingen

### 2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

### 2.2. Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen.

---

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

---