



nationale ombudsman

Rapport

Zorgverzekeringskantoor Bonaire geeft burger in eerste instantie geen eerlijke kans

Oordeel

Op basis van het onderzoek vindt de Nationale ombudsman de klacht over het Zorgverzekeringskantoor te Bonaire gegrond.

Inhoudsopgave

Leeswijzer	2
Achtergrond: Wat doet het ZVK?	3
Wat is de klacht?	4
Wat ging er aan de klacht vooraf?	4
Wat was de oorspronkelijke klacht?	5
Welke reactie komt er op het bezwaar?	5
Hoe reageerde verzoeker?	6
Wat was de aanleiding voor de klacht bij de Nationale ombudsman?	6
Wat heeft de Nationale ombudsman onderzocht?	6
Hoe reageerde het ZVK?	6
Hoe reageerde verzoeker?	7
Wat is het oordeel van de Nationale ombudsman?	7
Conclusie	8
Instemming	8
Achtergrond	9

Leeswijzer

De Nationale ombudsman ontving een klacht over het niet vergoeden van een factuur door het Zorgverzekeringskantoor BES (ZVK) te Bonaire¹. Om deze klacht goed te begrijpen zullen wij in dit rapport eerst wat achtergrondinformatie geven. Wij zullen eerst uitleggen welke taken het ZVK heeft. Daarna lichten wij toe wat de aanvraag die de huisarts van verzoeker heeft gedaan inhield. Vervolgens bespreken we de klacht van verzoeker. We bekijken eerst wat er aan zijn klacht bij de Nationale ombudsman voorafging. Vervolgens lichten wij toe waarnaar wij onderzoek doen en hoe het ZVK reageert op de door ons gestelde vragen. Tot slot lichten wij in ons oordeel toe waarom de Nationale ombudsman tot de conclusie komt dat het ZVK het behoorlijkheidsvereiste van fair play heeft geschonden.

¹ Het ZVK is sinds 1 januari 2021 opgegaan in Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN). ZJCN is ontstaan door samenvoeging van het Zorgverzekeringskantoor (ZVK) en Jeugdzorg en Gezinsvoogdij (JGCN). In dit rapport wordt gesproken over het ZVK.

Achtergrond: Wat doet het ZVK?

Het ZVK is een unit van de Rijksdienst Caribisch Nederland (RCN) die ten behoeve van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zorg draagt voor de uitvoering van de zorgverzekering op Bonaire, Sint Eustatius en Saba. De zorgverzekering vindt haar grondslag in het Besluit zorgverzekering BES (hierna: het Besluit) en de Regeling aanspraken zorgverzekering BES. Het ZVK zorgt ervoor dat verzekerden hun aanspraak op zorg in natura tot gelding kunnen brengen, voor zover die zorg in redelijkheid ook op de eilanden geboden kan worden. Daartoe sluit het ZVK overeenkomsten met daarvoor in aanmerking komende zorgaanbieders. Het uitgangspunt is dat verzekerden zich dienen te wenden tot zorgaanbieders die een overeenkomst met het ZVK hebben afgesloten. In het Besluit is ook vastgelegd dat het voor verzekerden mogelijk is om zich tot niet-gecontracteerde zorgaanbieders te wenden, zowel op als buiten de eilanden. Dit kan op grond van artikel 10 lid 4 van het Besluit.

Als een verzekerde zorg wil afnemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet vooraf door zijn huisarts of specialist in Caribisch Nederland toestemming worden gevraagd aan het ZVK. Artikel 10, lid 4 van het Besluit vermeldt dat als de verzekerde toestemming heeft gekregen en zorg afneemt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, de verzekerde in plaats van aanspraak op de verstrekking, aanspraak op de gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor deze zorg gemaakte medische kosten heeft. In dat geval kan de verzekerde de factuur van de zorgaanbieder bij het ZVK indienen. De factuur zal door het ZVK worden gecontroleerd, waarna gehele of gedeeltelijke betaling van een vergoeding aan de verzekerde zal plaatsvinden.

Het ZVK betaalt de factuur niet (meer) rechtstreeks aan de zorgaanbieder uit. De verzekerde moet eerst zelf de factuur betalen en kan deze achteraf indienen bij het ZVK. Tot medio 2019 betaalde het ZVK in de regel wel declaraties rechtstreeks aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Op de website van het ZVK staat over de artikel 10 lid 4-aanvraag (toestemmingsaanvraag) het volgende vermeld:

Een aanvraag moet ingediend worden door de huisarts of specialist. Hiervoor moeten de volgende documenten ingeleverd worden:

- medische verklaring verwijzer (huisarts of specialist);
- offerte van de niet gecontracteerde zorgaanbieder met exacte omschrijving van de behandeling en de totale kosten daarvan;
- getekende akkoordverklaring verzekerde.

Onvolledige aanvragen worden niet in behandeling genomen.

Blijkens een powerpointpresentatie op de website van het ZVK ziet het ZVK het als zijn taak om de huisarts/specialist te informeren.

Desgevraagd heeft het ZVK de volgende algemene informatie aan de Nationale ombudsman gegeven:

"Het ZVK informeert de verzekerde niet over de uitslag van een toestemmingsaanvraag, omdat het ZVK als uitvoerder van de Regeling aanspraken zorgverzekering BES geen behandelrelatie heeft met de verzekerden. In het geval van een toestemmingsaanvraag voor artikel 10 lid 4 eindigt de taak van het ZVK na de beoordeling van de toestemmingsaanvraag. Via een automatische e-mail wordt de aanvragende arts geïnformeerd."

Wat is de klacht?

Verzoeker klaagt erover dat het ZVK zijn factuur van een behandeling bij een specialist niet vergoedt. Ook klaagt hij erover dat hij dit verder niet kan aanvechten.

Wat ging er aan de klacht vooraf?

24 september 2018	Afgifte garantiebrief
oktober 2018 & mei 2019	Operaties in kliniek en vergoeding door ZVK
10 september 2019	Reactie op mail verzoeker dat nazorg 7 oktober 2019 niet viel onder garantie – verzoeker moet nieuw verzoek indienen
12 september 2019	Mail van verzoeker aan ZVK of garantie nog geldig was
12 september 2019	ZVK verwijst naar huisarts of specialist
21 september 2019	Nieuwe toestemmingsaanvraag vanuit huisarts verzoeker
1 oktober 2019	Afwijzing ZVK wegens ontbreken offerte (automatisch bericht in systeem met huisarts)
7 oktober 2019	Nazorg-consult in kliniek
27 november 2019	Kliniek stuurt rechtstreeks factuur naar ZVK
22 januari 2020	Bericht van ZVK aan kliniek dat factuur niet wordt vergoed door ZVK (niet aan verzoeker)
	Factuur vanuit kliniek naar verzoeker
1 april 2020	Bezwaar verzoeker onder verwijzing naar garantiebrief
6 april 2020	Reactie op bezwaar door ZVK aan verzoeker
12 april 2020	Toelichting verzoeker aan ZVK dat offerte niet mogelijk was

Situatie

Verzoeker heeft twee keer een operatie in een kliniek in Europees Nederland ondergaan. Omdat verzoeker na de tweede operatie klachten bleef houden is hij teruggegaan naar de kliniek. Met deze kliniek heeft het ZVK geen overeenkomst als bedoeld in artikel 8 van het Besluit.

Vergoeding door het ZVK

Voordat verzoeker zijn eerste operatie in 2018 onderging had de huisarts van verzoeker aan het ZVK toestemming als bedoeld in artikel 10 lid 4 van het Besluit gevraagd. Het ZVK had hierop toestemming verleend en een garantiebrief afgegeven. Hierin staat vermeld dat het ZVK garant staat voor de financiële vergoeding en de administratieve afhandeling van de medische kosten betrekking hebbend op diagnostiek en behandeling door de hiervoor genoemde kliniek. Hoewel er op de garantiebrief geen vervaldatum staat, heeft het ZVK destijds desgevraagd aan de kliniek meegedeeld dat deze garantiebrief één jaar geldig was. De kliniek declareerde haar facturen rechtstreeks bij het ZVK. Het ZVK heeft beide operaties vergoed.

Vraag van verzoeker aan het ZVK

Begin september 2019, een maand voor zijn afspraak met de kliniek, vroeg verzoeker aan het ZVK of het nazorg-consult zou vallen onder de afgegeven garantie. De medische dienst van het ZVK antwoordde verzoeker diezelfde dag dat dat niet het geval was en dat hij een nieuw verzoek moest indienen op basis van artikel 10 lid 4 van het Besluit. Verzoeker moest namelijk vooraf toestemming hebben van het ZVK om de niet-gecontracteerde zorg vergoed te krijgen. Het ZVK wees verzoeker op diverse voorwaarden met de volgende bewoordingen.

"De eerder afgegeven garantie is niet meer geldig voor vervolgcontrole.

Als verzekerde opnieuw in Nederland voor controle wil gaan moet er een nieuw verzoek ingediend worden art. 10.4 waar hij deze zelf moet voorschieten en later declareren. Dit verzoek moet wel aan een aantal voorwaarden voldoen. U maakt namelijk gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zorg is lokaal aanwezig.

- Reis en verblijfskosten zijn voor eigen kosten
- ZVK bemiddelt niet in het maken van afspraken
- De gemaakte zorgkosten worden vergoed tot het maximum van lokale tarieven
- Een offerte indienen vooraf is vereist, zo voorkomt u verrassingen achteraf
- ZVK neemt geen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg

- U bent zelf verantwoordelijk voor de financiële afhandeling en de gemaakte kosten worden achteraf gedeclareerd
- Er moet een duidelijke indicatie zijn en de uitzending moet doelmatig zijn
- Er mag geen sprake zijn van dubbele zorgconsumptie"

Hierop heeft verzoeker het ZVK, voor zijn vertrek naar Europees Nederland, laten weten, dat hij geen offerte kon opvragen omdat eerst meer duidelijk moest worden over de aard van zijn klachten. De specialist moest volgens hem zijn onduidelijke klachten eerst beoordelen om te kunnen bepalen welke behandeling nodig was. Verzoeker wist niet dat hij de specialist vooraf om een offerte had kunnen vragen voor dit (beoordelings)consult. De huisarts van verzoeker heeft vervolgens een (nieuwe) art 10 lid 4-aanvraag gedaan. Het ZVK wees deze aanvraag af omdat een offerte van de kliniek ontbrak. Dit betekende dat verzoeker vooraf geen toestemming had voor het consult. Via een automatische e-mail heeft het ZVK de huisarts hierover als volgt geïnformeerd.

"Hierbij delen wij u mede dat uw aanvraag van 21 sep 2019 onder ref nummer 110425 voor bovenstaande verzekerde is afgewezen vanwege:

"Medische redenen

Verzekeringstechnische reden

Toelichting:

[] Wij werken met gecontracteerde zorgaanbieders. Indien u wilt afwijken van een gecontracteerde zorgaanbieder dan moeten er grondige medische redenen aan ten grondslag liggen. Deze moeten duidelijk worden gemotiveerd in de aanvraag.

[] De medische behandeling die u heeft aangevraagd valt buiten de dekking van deze verzekering.

[] De medische uitzending die u heeft aangevraagd is niet noodzakelijk. De door u aangevraagde zorg is aanwezig op het eiland waar u woonachtig bent."

Factuur twee maal naar het ZVK

De kliniek stuurde haar factuur² naar het ZVK met het verzoek deze te betalen. Het ZVK vergoedde de factuur niet.

Omdat de kliniek geen betaling van het ZVK ontving, stuurde de kliniek uiteindelijk de factuur naar verzoeker. Verzoeker schoot dit bedrag voor en heeft vervolgens dit bedrag terug willen krijgen van het ZVK³.

Wat was de oorspronkelijke klacht?

Op 1 april 2020 heeft verzoeker per e-mail bezwaar gemaakt bij het ZVK omdat hij het er niet mee eens is dat het ZVK de factuur van de kliniek voor de nazorg niet vergoedt. Verzoeker heeft daarbij verwezen naar de garantiebrieven die betrekking heeft op diagnostiek en behandeling door de specifieke kliniek. Daar heeft verzoeker twee operaties ondergaan met zeven maanden ertussen. Voor de tweede operatie in mei 2019 heeft verzoeker contact gehad met het ZVK en toen bleek hem dat ook de tweede operatie onder de garantiebrieven viel. Verzoeker schreef in zijn bezwaar dat het hem dan ook logisch leek, dat de kosten van het nazorg-consult gedekt waren. Ook omdat er geen vervaldatum op de garantiebrieven staat en de behandelende specialist volgens verzoeker had verklaard dat dit consult onderdeel was van de operatie. Verzoeker dacht dus dat de nazorg van de operatie, net als de twee operaties, vergoed zou worden door het ZVK.

Welke reactie komt er op het bezwaar?

Op 6 april 2020 heeft het ZVK op dit bezwaar gereageerd. Het ZVK heeft het bezwaar als klacht behandeld. Het ZVK is van mening dat verzoeker bezwaar heeft gemaakt tegen een mededeling aan de kliniek dat de factuur voor de nazorg niet voor vergoeding in aanmerking komt. Zodoende had verzoeker volgens het ZVK niet bezwaar gemaakt tegen een formele beslissing van het ZVK. Hierbij vermeldde het ZVK ook dat de nieuwe aanvraag voor artikel 10 lid 4 was afgewezen vanwege het ontbreken van een offerte en dat daarom de factuur niet werd vergoed.

Desgevraagd lichtte het ZVK dit nog nader aan de ombudsman toe:

² Van €217,90.

³ Volgens het ZVK was dit geen declaratieverzoek, maar een klacht over de mededeling die het ZVK aan de kliniek had gedaan.

"Daar de heer (...) de factuur niet middels een declaratie bij het ZVK heeft ingediend, is er geen procedure declaratie verzekerden gestart en is er geen sprake van een afwijzing declaratie verzekerden met de mogelijkheid om een bezwaarschrift in te dienen."

Hoe reageerde verzoeker?

Op 12 april 2020 herhaalde verzoeker naar het ZVK dat hij destijds geen offerte had omdat hij nog niet op zijn vervolgspraak was geweest en de specialist daarom niet wist wat zijn klachten waren aangezien verzoeker niet wist welk onderzoek op zijn klacht zou volgen. Aangezien het een klacht/vraag betrof die alleen door het behandelend operatieteam beantwoord kon worden, leek het verzoeker een normale zaak dit ook wederom in die kliniek te laten beoordelen. Vertrouwend op de zorginstelling (ZVK) heeft verzoeker toen zijn vervolgonderzoek laten uitvoeren.

Wat was de aanleiding voor de klacht bij de Nationale ombudsman?

Verzoeker heeft zich tot de Nationale ombudsman gewend omdat het ZVK de factuur van de kliniek niet vergoedde en op zijn laatste e-mail hierover geen reactie meer van het ZVK had ontvangen. Verzoeker had volgens het ZVK geen andere mogelijkheid om deze beslissing aan te vechten. Ook was het verzoeker niet gelukt om hierover in gesprek te gaan met het ZVK.

Wat heeft de Nationale ombudsman onderzocht?

Aanvankelijk heeft de Nationale ombudsman gevraagd of het ZVK het declaratieverzoek opnieuw kon beoordelen, daarbij rekening houdend met het feit dat het gaat om een nazorg van een operatie die eerder al door het ZVK rechtstreeks aan de kliniek was vergoed. Ook heeft de ombudsman het ZVK gevraagd om verzoeker voor een gesprek uit te nodigen.

Hoe reageerde het ZVK?

Het ZVK heeft opnieuw naar zijn beslissingen (afwijzing art 10 lid 4-aanvraag en afwijzing declaratieverzoek) gekeken en was van mening dat het goed had gehandeld en de juiste beslissingen had genomen. Het ZVK is gehouden aan de regelgeving en het beleid. Zonder voorafgaande toestemming was het voor het ZVK wettelijk niet toegestaan om de kosten te vergoeden, aldus het ZVK. Het ZVK stelde zich op het standpunt dat het verzoeker voldoende had geïnformeerd dat de nacontrole bij de kliniek niet beschouwd werd als onderdeel van de eerdere operatie en dat verzoeker opnieuw toestemming moest aanvragen. Volgens het ZVK is op 10 september 2019 per e-mail duidelijk aan verzoeker aangegeven aan welke voorwaarden de (nieuwe) artikel 10 lid 4-aanvraag moest voldoen. Omdat er bij de aanvraag geen offerte was overgelegd vóór zijn afspraak met de specialist, had het ZVK geen toestemming verleend aan verzoeker. Er was geen ruimte voor coulance en het ZVK gaf aan dat een gesprek met verzoeker niet tot een andere uitkomst zou leiden.

Het ZVK voegde eraan toe dat het na de afwijzing van de aanvraag op 1 oktober 2019 (via een automatisch bericht aan de huisarts) geen bericht had ontvangen over de reden van het ontbreken van de offerte of een toelichting op de situatie. Pas op 1 april 2020 nadat de verzekerde bericht had gekregen dat de factuur niet werd betaald op basis van de eerder afgegeven garantiebrief, had verzekerde zich gemeld met argumenten, aldus het ZVK.

Voorts gaf het ZVK aan dat verzoeker de factuur niet middels een declaratie had ingediend en dat er daarom geen procedure declaratie verzekerden was gestart. Zodoende was er volgens het ZVK geen sprake van een afwijzing declaratie verzekerden met de mogelijkheid om een bezwaarschrift in te dienen. De interventie van de Nationale ombudsman is voor het ZVK geen aanleiding geweest om de afwijzing alsnog in een formeel besluit vast te leggen.

Desgevraagd heeft het ZVK aan de Nationale ombudsman meegedeeld dat er bij artikel 10 lid 4-aanvragen weinig contactmomenten zijn tussen het ZVK en verzekerde en lichtte dit als volgt toe:

"Het is de taak van de verwijzend arts om de verzekerde te informeren over de beslissing van het ZVK aangaande een toestemmingsaanvraag. Het is niet toegestaan dat het ZVK informatie verstrekt aan verzekerden over een aanvraag. Daarbij is de verzekerde bij artikel 10 lid 4 zelf verantwoordelijk voor het maken van afspraken, regelen van reis en verblijf en de financiële afhandeling. Op het moment dat de verzekerde een declaratie achteraf indient is er weer een contactmoment."

Hoe reageerde verzoeker?

Verzoeker is het niet eens met het standpunt van het ZVK. Volgens hem heeft hij aan alle voorwaarden van de toestemmingsaanvraag voldaan, behalve de offerte. Naar zijn idee kon hij deze destijds niet overleggen omdat de specialist niet wist welke klachten hij had. Verzoeker schreef de Nationale ombudsman dat hij in de veronderstelling verkeerde dat het consult als nasleep van de operatie vergoed zou worden. Bovendien was verzoeker niet op de hoogte van de afwijzing van de toestemmingsaanvraag omdat hij op dat moment al in Europees Nederland was en hij hierover geen bericht had ontvangen.

Wat is het oordeel van de Nationale ombudsman?

De Nationale ombudsman toetst deze klacht aan het behoorlijkheidsvereiste van fair play.

Fair play

Het vereiste van fair play houdt in dat de overheid de burger de mogelijkheid geeft om zijn procedurele kansen te benutten en daarbij zorgt voor een eerlijke gang van zaken.

Dit betekent dat de burger de gelegenheid moet krijgen zijn standpunt en daarbij horende feiten naar voren te brengen en te verdedigen. De overheidsinstantie speelt daarbij open kaart en geeft actief informatie over de procedurele mogelijkheden die de burger kan benutten.

Voor het ZVK houdt dit in dat het ZVK bij een onvolledige aanvraag een verzekerde eerst voldoende gelegenheid moet bieden om ontbrekende informatie aan te leveren, voordat hij de beslissing neemt om de aanvraag af te wijzen. Dit betekent dat als een aanvraag niet volledig is, de burger de kans wordt geboden om de aanvraag volledig te maken. Verder dient het ZVK de verzekerde te informeren over de mogelijkheid van bezwaar en beroep.

De Nationale ombudsman constateert dat het ZVK geen offerte van het nazorg-consult van de kliniek bij de aanvraag voor toestemming als bedoeld in artikel 10 lid 4 van het Besluit had ontvangen. Daar komt bij dat het niet de verzoeker zelf, maar zijn huisarts was die deze aanvraag heeft gedaan. Verzoeker zelf is niet over de uitslag van de aanvraag geïnformeerd voordat hij naar Europees Nederland vloog en ook ten tijde van zijn verblijf in Europees Nederland is verzoeker niet op de hoogte gebracht van de afwijzing. De Nationale ombudsman concludeert dat het ZVK verzoeker niet de kans heeft geboden om de aanvraag volledig te maken.

De Nationale ombudsman hanteert het uitgangspunt dat de overheid in haar handelen het burgerperspectief centraal stelt. Voor het ZVK betekent dit dat het ZVK haar handelen afstemt op de aanvraag, de individuele situatie en de mogelijkheden van de verzekerde. De Nationale ombudsman is van oordeel dat het ZVK verzoeker dan wel de huisarts van verzoeker of de kliniek de kans had moeten bieden de aanvraag volledig te maken.

Derhalve heeft het ZVK met het afwijzen van de aanvraag niet behoorlijk gehandeld.

Conclusie

De klacht over de onderzochte gedraging van het Zorgverzekeringskantoor, welke gedraging wordt toegerekend aan de minister van VWS, is gegrond, wegens schending van het behoorlijkheidsvereiste van fair play.

Instemming

De minister van VWS is na zorgvuldige weging van de klacht en de hierboven beschreven bevindingen van mening dat er in dit geval, gelet op de specifieke omstandigheden, sprake is van een onvoorziene situatie. Om die reden heeft de minister van VWS coulance betracht en aangekondigd dat de factuur van €217,90 alsnog vergoed wordt. De Nationale ombudsman heeft met instemming kennisgenomen van deze toezegging. Ook heeft de Nationale ombudsman met instemming kennis genomen van het standpunt van de minister van VWS dat het ZVK in het vervolg meer aandacht zal hebben voor de communicatie met en het horen van verzoekers in een klachtenprocedure.

De Nationale ombudsman,

Reinier van Zutphen

Achtergrond

Besluit Zorgverzekering BES

Artikel 6

1. De verzekerden hebben ter voorziening in de geneeskundige verzorging aanspraak op:

- a. huisartsenzorg;
- b. medisch-specialistische zorg;

(...)

Artikel 8

1. Onze Minister sluit met op het grondgebied van de BES-eilanden gevestigde en naar het oordeel van Onze Minister daarvoor in aanmerking komende zorgaanbieders, overeenkomsten ter verwezenlijking van de aanspraken van verzekerden, neergelegd in artikel 6, in zodanige omvang dat Onze Minister in staat is zijn verplichtingen jegens de verzekerden naar behoren na te komen.

2. Onze Minister kan overeenkomsten sluiten met buiten de BES-eilanden gevestigde zorgaanbieders.

(...)

Artikel 10

1. Onze Minister verifieert de verzekeringsgerechtigdheid van een persoon die aanspraak maakt op verstrekkingen door raadpleging van de basisadministratie BES.

2. De verzekerde die zijn aanspraak op een verstrekking geldend wil maken, wendt zich voor het verkrijgen van de aanspraak tot een zorgaanbieder met wie een overeenkomst als bedoeld in artikel 8, eerste en tweede lid, is gesloten en overlegt daarbij zijn identificatiedocument.

3. De verzekerde wordt de keuze gelaten uit de in het tweede lid bedoelde zorgaanbieders.

4. In afwijking van het tweede lid kan Onze Minister een verzekerde die een aanspraak op een verstrekking geldend wil maken toestemming verlenen zich voor de onder die verstrekking vallende zorg tot een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. In dit geval heeft de verzekerde in plaats van aanspraak op de verstrekking, aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.

5. De verzekerde is verplicht Onze Minister te informeren over iedere omstandigheid of wijziging daarin die van invloed kan zijn op de uitvoering van dit besluit.

6. Bij ministeriële regeling:

- a. wordt bepaald in welke gevallen en onder welke voorwaarden de verzekerde voor het verkrijgen van een aanspraak op vergoeding als bedoeld in het vierde lid, geen toestemming van Onze Minister behoeft;
- b. wordt de hoogte van de vergoeding bepaald, waarbij deze voor verschillende gevallen verschillend kan worden vastgesteld;
- c. kunnen voorwaarden worden gesteld waaraan de verzekerde moet voldoen, wil toestemming kunnen worden verleend;
- d. kan worden bepaald in welke gevallen geen toestemming wordt verleend.