Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500862

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V., beide gevestigd in Leiden.
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 12 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 30 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 juli 2025 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 september 2025 respectievelijk 8 september 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

1.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 september 2025, gericht aan de commissie, een aanvulling gegeven op zijn brief van 30 juli 2025. Een kopie hiervan is op 16 september 2025 aan verzoekster gezonden, waarbij zij de mogelijkheid heeft gekregen hierop binnen 3 weken te reageren. Verzoekster heeft hiervan geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand 4 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Zorg 2 sterren zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

2.2. Verzoekster had in 2023 de verzekering Aanvullend Tand 2 sterren afgesloten. Zij heeft op 27 december 2023 een online aanvraagformulier voor de aanvullende ziektekostenverzekering ingevuld. Bij brief van 28 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de wijziging van de verzekering met ingang van 1 januari 2024 aan haar bevestigd door toezending van een nieuw polisblad.

2.3. Verzoekster heeft op 13 januari 2024 kosten gemaakt voor brugwerk en het plaatsen van kronen. Deze kosten heeft zij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering een bedrag van totaal € 1.250,-- vergoed.

2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 11 september 2024 meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook heeft hij haar een vragenformulier gestuurd en een medische machtiging met het verzoek deze ingevuld retour te zenden.

2.5. Bij brief van 23 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de voorlopige bevindingen van zijn onderzoek meegedeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering de tandheelkundige vragen niet naar waarheid heeft beantwoord. Hij heeft verzoekster de mogelijkheid geboden hierover uitleg te geven. Verzoekster heeft hierop bij brief van 28 oktober 2024 gereageerd.

2.6. Bij brief van 13 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij op basis van zijn bevindingen heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude dan wel verzwijging bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Om die reden legt hij aan verzoekster de volgende maatregelen op:
- inschrijving van de persoonsgegevens van verzoekster in de Gebeurtenissenadministratie tot 13 november 2032;
- inschrijving van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister tot 23 oktober 2032;
- vermelding van de persoonsgegevens van verzoekster in het Interne Verwijzingsregister (IVR) tot 13 november 2032;
- vermelding van de persoonsgegevens van verzoekster in het Externe Verwijzingsregister (EVR) tot 13 november 2025;
- de aanvullende ziektekostenverzekering wordt per direct beëindigd;
- de uitgekeerde vergoeding van € 1.250,-- wordt teruggevorderd;
- de gemaakte onderzoekskosten ad € 558,-- worden op verzoekster verhaald.

2.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij geen fraude heeft gepleegd en dat de door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 november 2024 opgelegde maatregelen daarom dienen te vervallen.

3.2. Verzoekster heeft in haar brief van 28 oktober 2024 haar excuses aangeboden aan de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft toegelicht dat het nooit haar bedoeling is geweest in deze situatie terecht te komen. Zij heeft bij de aanvraag in december 2023 “nee” ingevuld, omdat het programma anders niet verder ging. Verzoekster bevestigt dat zij op dat moment wist dat er in 2024 een brug geplaatst zou worden. Zij benadrukt dat het niet in haar is opgekomen om niet eerlijk te zijn. Het valt haar zwaar om betrokken te zijn bij een fraudeonderzoek. Verzoekster merkt hierbij op dat zij in de voorafgaande jaren de aanvullende verzekering Aanvullend tand 3 sterren had, met een dekking tot € 1.000,-- per jaar. Zij betaalde toen extra premie, maar heeft de maximale vergoeding nooit volledig gebruikt. Verzoekster merkt verder op dat zij de aanvullende ziektekostenverzekering, met een hogere dekking en een hogere premie, niet voor niets heeft aangevraagd.

3.3. In het verzoek om heroverweging van 1 maart 2025 heeft verzoekster haar teleurstelling en frustratie geuit over de wijze waarop haar zaak door de ziektekostenverzekeraar is behandeld. Zij vindt het teleurstellend dat niet is gekeken naar haar persoonlijke omstandigheden voordat een oordeel werd gevormd. Verzoekster had graag in een persoonlijk gesprek haar kant van het verhaal willen toelichten. Zij is haar hele leven al verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en heeft altijd haar premies betaald. Het nu gerezen probleem is per ongeluk ontstaan door 'persoonlijke privéomstandigheden' die niet in haar controlesfeer lagen. De huidige situatie brengt voor haar veel stress en verdriet met zich. Verzoekster vindt het schokkend dat zij nu als fraudeur wordt bestempeld. Hierdoor kan zij de komende 8 jaren geen tandartsverzekering afsluiten. Dit is voor haar bijzonder aangrijpend, omdat zij jaarlijks tweemaal naar de tandarts gaat, en de noodzakelijke zorg nu niet kan ontvangen.

3.4. In de brief van 12 mei 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende rekening heeft gehouden met haar persoonlijke situatie. Zij is van mening dat het opleggen van een boete niet in verhouding staat tot de schade die zij heeft geleden. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar volgens haar niet in goed vertrouwen gehandeld, aangezien hij niet naar haar verhaal en omstandigheden heeft geluisterd voordat het oordeel werd geveld.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster bij het aanvragen van de aanvullende ziektekostenverzekering de tandheelkundige vragen niet naar waarheid heeft beantwoord. In de brief van 30 juli 2025, gericht aan de commissie, licht de ziektekostenverzekeraar toe dat voor de aanvullende ziektekostenverzekering een medische selectie geldt. Dit betekent dat aspirant-verzekerden slechts tot deze aanvullende verzekering worden toegelaten als aan enkele medische voorwaarden wordt voldaan. Verzoekster heeft op 27 december 2023 een online aanvraagformulier voor de aanvullende ziektekostenverzekering ingediend. Aan dit online aanvraagformulier is een beslisboom gekoppeld. Als de aspirant-verzekerde op het formulier invult in de komende 2 jaren een tandheelkundige behandeling te verwachten, dan kan de aanvullende ziektekostenverzekering niet worden afgesloten. Er verschijnt dan een scherm waarin wordt uitgelegd dat betrokkene niet in aanmerking komt voor de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat een behandeling wordt verwacht. Verder wordt dan de optie geboden om een andere aanvullende tandverzekering af te sluiten waarvoor geen medische selectie geldt. Verzoekster heeft op 27 december 2023 ingevuld dat zij in de komende 2 jaren geen tandheelkundige behandelingen verwacht en is daarom toegelaten tot de aanvullende ziektekostenverzekering. Op 28 december 2023 is haar in verband met deze wijziging een nieuw polisblad toegezonden.
Op 16 januari 2024 ontving de ziektekostenverzekeraar een nota van verzoekster voor brugwerk en het plaatsen van kronen op 13 januari 2024. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is hiervoor € 1.250,-- vergoed.

4.2. Uit de declaratie-administratie bleek dat op 6 december 2023 bij verzoekster mogelijk een voorbereidende behandeling had plaatsgevonden aangezien toen oud brugwerk was verwijderd. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding te onderzoeken of de behandeling van 13 januari 2024 te verwachten was op het moment van afsluiten van de aanvullende ziektekosten-verzekering op 27 december 2023. Verzoekster is bij brief van 11 september 2024 op de hoogte gebracht van de start van het onderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft haar in dat verband gevraagd een vragenformulier in te vullen en een medische machtiging te ondertekenen. Deze stukken heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 oktober 2024 retour ontvangen. Verzoekster heeft desgevraagd verklaard dat de brug te verwachten was op het moment van afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens haar had zij dit met de tandarts besproken, en had

deze gezegd dat de verzekering hiervoor juist is bedoeld. Vervolgens heeft de ziektekosten-verzekeraar het medisch dossier opgevraagd bij de tandarts. Deze heeft op 22 oktober 2024 de patiëntenkaart van verzoekster toegestuurd. Hieruit is gebleken dat op 19 september 2023 werd geconstateerd dat een brug moest worden geplaatst en dat de kosten hiervan op 9 november 2023 met verzoekster zijn besproken. Vervolgens is op 6 december 2023 het oude brugwerk verwijderd en is op 13 januari 2024 de nieuwe brug geplaatst. Op grond van het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoekster bij de aanvraag van de aanvullende ziektekostenverzekering de vragen niet naar waarheid heeft beantwoord. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld om te reageren op de bevindingen naar aanleiding van het onderzoek, hetgeen zij heeft gedaan bij brief van 28 oktober 2024. Deze reactie gaf de ziektekostenverzekeraar geen reden om zijn eerdere conclusie te wijzigen of de door hem aangekondigde maatregelen aan te passen. De door verzoekster aangevoerde argumenten en persoonlijke omstandigheden zijn door de ziektekostenverzekeraar wél meegewogen in zijn beslissing, hetgeen ook blijkt uit de brief van 13 november 2024.

4.3. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat het opzet tot misleiding vaststaat, aangezien verzoekster heeft erkend dat zij op het moment van afsluiten wist dat een brug zou worden geplaatst, maar zij de vraag daarnaar desalniettemin met “nee” heeft beantwoord omdat de aanvullende ziektekostenverzekering anders niet kon worden afgesloten. Verzoekster heeft dan ook gehandeld met de bedoeling de ziektekostenverzekeraar te bewegen tot het sluiten van een overeenkomst, die hij bij een juiste weergave van de feiten niet had gesloten.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister en het EVR het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) gevolgd. De registratie in het Incidentenregister en het EVR voldoet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Deze registraties ondersteunen de veiligheid en de integriteit van de financiële sector. Opname van persoonsgegevens in het Incidentenregister maakt het mogelijk om deze gegevens op een met waarborgen van privacy omgeven wijze te delen met andere financiële instellingen. Dat doel is niet met een minder zwaar middel te bereiken. Zowel het Incidentenregister als het EVR heeft dus (indirect) externe werking, waarbij geldt dat opname in het Incidentenregister minder vérstrekkend is dan een melding in het EVR.
Voor opname in het EVR gelden aanvullende criteria, bijvoorbeeld dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld dienen op te leveren. Verzoekster heeft bij het aanvragen van de aanvullende ziektekostenverzekering opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken gegeven met als doel een verzekering af te sluiten die de ziektekostenverzekeraar anders niet was aangegaan. Deze gedraging van verzoekster vormt een bedreiging voor zowel de ziektekostenverzekeraar als de financiële sector als geheel. Dit brengt mee dat aan de vereisten voor registratie in het EVR zoals genoemd in artikel 5.2.1 onder a en b van het PIFI is voldaan. Daarnaast is er sprake van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan het verstrekken van valse gegevens zoals bedoeld in artikel 227a van het Wetboek van Strafrecht en/of poging tot oplichting zoals bedoeld in artikel 326 van het Wetboek van Strafrecht. De ziektekostenverzekeraar vindt dat het belang van de bescherming van andere financiële instellingen in deze situatie zwaarder weegt dan het belang van verzoekster om vóór 13 november 2025 elders een aanvullende ziektekostenverzekering te kunnen afsluiten. Het is daarom volgens de ziektekostenverzekeraar proportioneel dat verzoekster hiervan voor de duur van één jaar hinder ondervindt.

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft naast de klantadministratie, waarin klantgegevens worden vastgelegd, een Gebeurtenissenadministratie, waarin gebeurtenissen worden opgenomen die van belang zijn voor zijn veiligheid en integriteit. De vastgelegde ‘gebeurtenissen’ zijn gegevens van feitelijke aard met een uiteenlopend karakter, variërend van klachten van verzekerden tot screeningsverzoeken en gegevens over door de verzekerde gepleegde fraude. De vastgelegde gegevens in de Gebeurtenissenadministratie zijn alleen te raadplegen door medewerkers van de

afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar, niet door andere medewerkers, en evenmin door medewerkers van een andere financiële instelling. De afdeling Speciale Zaken beslist na een belangenafweging of de gegevens in de Gebeurtenissenadministratie leiden tot een vermelding in het IVR. Het IVR fungeert als intern waarschuwingssysteem voor veiligheidsrisico's. Een dergelijke registratie is uitsluitend zichtbaar voor medewerkers van de Achmea-groep, op basis van het principe 'hit/no hit'. De medewerkers die het register raadplegen krijgen de reden van de registratie niet te zien, maar dienen bij een melding contact op te nemen met afdeling Speciale Zaken, die adviseert over de te nemen beslissing.
De Gebeurtenissenadministratie en het IVR vormen het interne waarschuwingssysteem van de ziektekostenverzekeraar en de Achmea-groep waarvan hij deel uitmaakt. Dit interne waarschuwingssysteem helpt om fraude en integriteitsrisico's te signaleren en te voorkomen. Op registratie in deze registers zijn de AVG en de UAVG van toepassing. Hiervóór is vastgesteld dat tegen verzekerde een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan strafbare feiten moet bestaan. Een vaststelling die, op grond van artikel 33, tweede lid, sub b, UAVG ook voldoende is om de registratie in de interne registers te handhaven.

4.6. De ziektekostenverzekeraar acht voor deze registraties de duur van 8 jaren proportioneel. Voorop staat dat de registraties in het IVR en de Gebeurtenissenadministratie zuiver intern zijn. De registraties hebben tot gevolg dat verzoekster niet langer gebruik kan maken van de diensten van de Achmea-groep. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster een bijzonder belang heeft bij een financiële relatie met (juist) de Achmea-groep. De Gebeurtenissenadministratie fungeert bovendien als het 'geheugen' van de ziektekostenverzekeraar en aan opname hierin zijn op zichzelf nog geen directe gevolgen voor verzoekster verbonden.
De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster beëindigd en zij mag op grond van artikel A. 20.3 van de verzekeringsvoorwaarden gedurende 5 jaren geen nieuwe aanvullende tandverzekering afsluiten bij de Achmea-groep. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij aansluiting gezocht bij de wettelijke bevoegdheid om een fraudeur gedurende 5 jaren te weigeren voor de zorgverzekering (artikel 3, vierde lid, aanhef en onder b, sub 1, van de Zorgverzekeringswet). Zonder de interne registraties in de Gebeurtenissen-administratie en het IVR kan de ziektekostenverzekeraar deze maatregel niet effectueren. Maar ook na 5 jaren heeft de ziektekostenverzekeraar belang bij de interne registraties. Verzoekster heeft nog altijd een zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Bovendien kan zij na 5 jaren weer worden geaccepteerd voor een aanvullende tandverzekering. In het kader van een zorgvuldige acceptatie wil de ziektekostenverzekeraar bij de aanvraag voor een dergelijke verzekering meenemen dat hij eerder een aanvullende tandverzekering heeft opgezegd. Daarnaast wenst de ziektekostenverzekeraar gewaarschuwd te worden dat het controleren van declaraties mogelijk is geïndiceerd vanwege de eerder gepleegde fraude

4.7. Het door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderde bedrag van € 1.250,-- betreft de ten onrechte uitgekeerde vergoeding. Er is dus geen sprake van een boete. Verzoekster had bij een juiste voorstelling van zaken nooit de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen afsluiten. De vergoedingen uit hoofde van deze verzekering zijn dan ook onterecht aan haar uitgekeerd.

4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 september 2025, gericht aan de commissie, meegedeeld dat hij heeft besloten de duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR terug te brengen naar 6 jaren. Hij heeft zijn beslissing als volgt toegelicht. Verzoekster heeft geen bijzondere omstandigheden naar voren gebracht, waaruit blijkt dat zij meer hinder ondervindt van deze registratie dan is gerechtvaardigd. Het is niet juist dat zij gedurende 8 jaren geen aanvullende tandverzekering kan afsluiten. Zij kan alleen gedurende 5 jaren geen aanvullende tandverzekering afsluiten bij de groep waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. Het blijft in die periode wel mogelijk elders een dergelijke verzekering af te sluiten.
De ziektekostenverzekeraar licht toe dat hij ook na ommekomst van deze termijn van 5 jaren belang heeft bij de registratie in het IVR. Verzoekster zou zich na de 5 jaren immers opnieuw

kunnen aanmelden voor een aanvullende verzekering. In die situatie wil de ziektekosten-verzekeraar - in het kader van een zorgvuldige acceptatie - in de beoordeling kunnen meenemen dat eerder een verzekering door hem is opgezegd vanwege fraude. Dit signaal zal alsdan niet leiden tot een afwijzing zonder meer van de aanvraag voor een aanvullende verzekering, maar kan wel aanleiding geven tot een verscherpte controle. Daarom acht de ziektekostenverzekeraar het proportioneel dat de groep waartoe hij behoort nog gedurende één jaar na het verstrijken van de termijn van 5 jaren kan worden gewaarschuwd voor eventuele veiligheidsrisico's. De ziektekosten-verzekeraar brengt de duur van de registratie in het IVR terug van 8 jaren naar 6 jaren, dat wil zeggen tot 13 november 2030.
De ziektekostenverzekeraar ziet evenwel geen aanleiding om de duur van de registraties in het Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie te matigen. Hij licht hierbij toe dat gesteld noch gebleken is dat verzoekster van deze zuiver interne registraties van de afdeling Speciale Zaken meer hinder ondervindt dan is gerechtvaardigd. Zij ondervindt hiervan namelijk uitsluitend hinder in het geval er zich een nieuw intern of extern fraudesignaal voordoet.

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.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de door de ziektekostenverzekeraar in dat kader getroffen maatregelen en de vordering van de onderzoekskosten.

Veronderstelde fraude

6.3. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster heeft geprobeerd hem opzettelijk te misleiden door bij het aanvragen van de aanvullende ziektekostenverzekering een vraag met “nee” te beantwoorden, terwijl zij wist dat zij binnen 2 jaren een tandheelkundige behandeling nodig had. Volgens de ziektekostenverzekeraar is daarmee sprake van fraude in de zin van artikel A.20 van de verzekeringsvoorwaarden.

6.4. Op basis van die conclusie heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals vermeld onder 2.6. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in voornoemd artikel A.20. Omdat fraude tevens een strafbaar feit oplevert kan hiervan aangifte worden gedaan, maar dit is in de situatie van verzoekster niet gebeurd.

6.5. Op grond van artikel 7:928, eerste lid, BW is de verzekeringnemer verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op

welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel de betreffende verzekering af te sluiten. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.

6.6. Het staat vast dat verzoekster op 27 december 2023 via een online aanvraagformulier bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft hierbij de vraag of zij de komende 2 jaren een tandheelkundige behandeling verwacht met “nee” beantwoord. Verzoekster heeft dit ook erkend. Tevens heeft zij erkend dat zij op dat moment wist dat zij binnen de genoemde termijn van 2 jaren een tandheelkundige behandeling zou ondergaan, namelijk het plaatsen van een nieuwe brug. Zij heeft hiervoor als verklaring gegeven dat zij anders niet verder kon met het online aanvraagformulier. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat voor de aanvullende ziektekostenverzekering een medische selectie geldt. Als op het online aanvraagformulier bij deze vraag “nee” wordt ingevuld, verschijnt een scherm waarin wordt uitgelegd dat betrokkene niet in aanmerking komt voor deze verzekering, omdat een behandeling wordt verwacht. Dit strookt met de verklaring van verzoekster.

6.7. De commissie concludeert dat verzoekster bij de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering voornoemde vraag niet naar waarheid heeft beantwoord. Gezien het feit dat zij na juiste beantwoording van de vraag niet verder kon met de aanvraag, en de uitleg op de website waarom zij niet verder kon, wist verzoekster dat haar antwoord van doorslaggevend belang was voor het kunnen afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zij heeft er echter voor gekozen de vraag met “nee” te beantwoorden, om zo alsnog de aanvullende ziektekostenverzekering te kunnen afsluiten. Hiermee is het opzet tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar komen vast te staan. Verzoekster heeft in dit kader nog aangevoerd dat de tandarts haar heeft gezegd dat een aanvullende verzekering juist is bedoeld voor vergoeding van de kosten van een brug. Dit wil echter niet zeggen dat bij het indienen van een aanvraag voor een aanvullende verzekering (in dit geval van een verzekering met een hogere dekking dan de aanvullende tandverzekering die verzoekster in 2023 had) onjuiste informatie mag worden opgegeven.

6.8. Alles overwegende concludeert de commissie dat verzoekster de op haar rustende mededelingsplicht heeft geschonden, waarbij het opzet tot misleiding bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering als bedoeld in artikel 7:929, tweede lid, BW door de ziektekostenverzekeraar is bewezen. Hoewel zij daartoe in de gelegenheid is gesteld, heeft verzoekster deze conclusie niet kunnen weerleggen. Daarom mocht de ziektekostenverzekeraar concluderen dat sprake is van fraude.
Om die reden was de ziektekostenverzekeraar in beginsel gerechtigd maatregelen tegen verzoekster te treffen, te weten beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, terugvordering van de uitgekeerde vergoeding, het opnemen van de gebeurtenis onderscheidenlijk de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

6.9. Hierna zal worden ingegaan op de tegen verzoekster getroffen maatregelen.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

6.10. Hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar opzettelijk heeft misleid bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiermee bestond, gelet op artikel 7:928, eerste lid, BW en artikel 20 van de verzekeringsvoorwaarden, een grondslag voor tussentijdse beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie merkt hierbij op dat op grond van artikel 7:929, eerste lid, BW de ziektekostenverzekeraar verzoekster binnen twee maanden na de ontdekking van de niet-nakoming hierop moest wijzen onder vermelding van de

mogelijke gevolgen. Uit het dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 11 september 2024 heeft geïnformeerd dat hij ging controleren of de behandeling van 13 januari 2024 op het moment van afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering te verwachten was. Hiervoor heeft hij aanvullende informatie opgevraagd bij verzoekster. Naar aanleiding van het onderzoek en de aanvullende informatie heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 23 oktober 2024 meegedeeld wat zijn voorlopige bevindingen waren en de hieraan door hem te verbinden mogelijke gevolgen. Verzoekster heeft hierop schriftelijk gereageerd. Vervolgens is haar bij brief van 13 november 2024 de beslissing van de ziektekostenverzekeraar kenbaar gemaakt en zijn aan haar eerdergenoemde maatregelen opgelegd. De commissie concludeert dat hiermee is voldaan aan de in artikel 7:929, eerste lid, BW gestelde voorwaarden, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering kon worden beëindigd.

Terugvordering

6.11. Onder 6.8 is vastgesteld dat sprake is van misleiding bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering. In artikel 7:930, eerste lid, BW is bepaald dat bij niet voldoen aan de mededelingsplicht alleen recht op uitkering bestaat als (i) de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt, of (ii) de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten. In dat geval wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Het een noch het ander is in de onderhavige situatie aan de orde. Verzoekster had daarom geen aanspraak op de ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering uitgekeerde vergoedingen.
De ziektekostenverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn vordering declaratieregels betreffende de tandheelkundige zorg overgelegd. De uitgekeerde vergoedingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering bedragen totaal € 1.250,--. Dit bedrag is door hem zonder rechtsgrond en daarmee onverschuldigd betaald. De stelling van verzoekster dat sprake is van een boete treft gelet op het voorgaande geen doel. Zij heeft de hoogte van de terugvordering overigens niet bestreden. De commissie gaat daarom uit van de juistheid van het teruggevorderde bedrag.

Registratie persoonsgegevens

6.12. De conclusie dat sprake is van opzet tot misleiding leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was, op grond van artikel A.20 van de verzekeringsvoorwaarden, verdere maatregelen aan verzoekster op te leggen. In dat verband heeft hij haar persoonsgegevens voor de duur van 1 jaar opgenomen in het EVR, en – aanvankelijk - voor de duur van 8 jaren in het Incidentenregister, het IVR en de Gebeurtenissenadministratie. De commissie overweegt daarover als volgt.

6.13. De verwerking van persoonsgegevens is aan regels gebonden. Deze zijn vastgelegd in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna: AVG). Voor zover verwerking is toegestaan, in dit geval met name om de veiligheid en integriteit van de dienstverlening in de financiële sector te beschermen op grond van artikel 6 (1) (f) AVG moet zijn voldaan aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Hierop zal in het vervolg worden teruggekomen.
Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij de persoonsgegevens van betrokkene worden vermeld. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van een verzekeraar hebben toegang tot deze systematisch toegankelijk registratie. Toch kan opname hierin een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld. Een verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van degene die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systematisch toegankelijke registratie waartoe alle verzekeraars toegang hebben. Medewerkers van andere verzekeraars kunnen daardoor

achterhalen of over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de persoonsgegevens heeft laten registreren in het EVR. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan betrokkene, in dit geval verzoekster, kunnen weigeren.
Het doel van en de eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI) waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De ziektekosten-verzekeraar is via zijn lidmaatschap van genoemde vereniging gebonden aan het PIFI. De commissie zal hierna nagaan of opname van de persoonsgegevens van verzoekster, en de duur daarvan, in het Incidentenregister en het EVR gerechtvaardigd is in het licht van de AVG.

6.14. Gelet op hetgeen onder 6.8 is overwogen, is sprake van opzettelijke misleiding door verzoekster bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst. In het licht van het met de registratie van de persoonsgegevens beoogde doel, te weten kort gezegd, waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, is de opname van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR noodzakelijk om dit doel te bereiken. Hiermee is voldaan aan eerdergenoemd beginsel van subsidiariteit.

6.15. Waar het gaat om de proportionaliteit heeft de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van 1 jaar opgenomen in het EVR. Haar persoonsgegevens zijn in eerste instantie voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Incidentenregister, maar bij brief van 15 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij deze registratietermijn heeft teruggebracht naar 6 jaren. Volgens de ziektekostenverzekeraar weegt het algemene belang bij het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector zwaarder dan de (financiële) gevolgen die verzoekster van de registratie in het EVR ervaart. Op basis van deze afweging heeft hij geconcludeerd dat opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR voor de duur van 1 jaar proportioneel is. Dit geldt ook voor de registratie in het Incidentenregister. De ziektekostenverzekeraar heeft wel aanleiding gezien de duur van de registratie in het Incidentenregister terug te brengen van 8 naar 6 jaren. Hij heeft in dit kader toegelicht dat verzoekster gedurende 5 jaren geen nieuwe aanvullende tandverzekering mag afsluiten bij de Achmea-groep. De ziektekostenverzekeraar acht het proportioneel dat de groep waartoe hij behoort nog gedurende één jaar na het verstrijken van de termijn van 5 jaren kan worden gewaarschuwd voor eventuele veiligheidsrisico's. De commissie kan de ziektekosten-verzekeraar volgen in zijn afweging op grond van artikel 6 (1) (f) AVG, en ziet daarom geen aanleiding om de duur van de registratie in het EVR en het Incidentenregister (verder) te matigen.

6.16. De persoonsgegevens van verzoekster zijn ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR van de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel 4.5.3 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars moeten (zorg)verzekeraars een Gebeurtenissen-administratie bijhouden voor waarborging van de veiligheid en integriteit van de dienstverlening en de sector. Als een dossier wordt geopend bij de afdeling die is belast met het fraudeonderzoek, worden de persoonsgegevens van betrokkene opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. Als betrokkene een risico vormt voor de veiligheid en/of integriteit van de verzekeraar mogen de gegevens ook worden opgenomen in het IVR. Aangezien is geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd, is aan voornoemde voorwaarden voldaan en mocht de ziektekostenverzekeraar haar persoonsgegevens opnemen in zijn Gebeurtenissen-administratie en het IVR. Ook voor de Gebeurtenissenadministratie en het IVR geldt dat het met de registratie van de persoonsgegevens beoogde doel op geen andere wijze kan worden bereikt, zodat is voldaan aan het vereiste van subsidiariteit. Er is hier gekomen tot een registratie voor de duur van 8 jaren. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar in zijn afweging ten aanzien van de Gebeurtenissenadministratie en het IVR volgen en ziet, in het licht van artikel 6 (1) (f) AVG, daarom geen aanleiding om de duur van de registratie in deze registers te matigen.

Verhaal onderzoekskosten

6.17. In artikel 20 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 558,-- bedragen, en heeft hiervan een berekening overgelegd. Tevens heeft hij onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. Verzoekster heeft de berekening niet bestreden. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten bij verzoekster in rekening mocht brengen. De commissie ziet geen aanleiding het bedrag van € 558,-- te matigen.

Klachtgeld

6.18. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten de registratieduur van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR van 8 naar 6 jaren terug te brengen, ziet de commissie aanleiding om te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het door haar betaalde klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Slotsom

6.19. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:
(i) het verzoek wordt afgewezen;
(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 23 december 2025,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.
Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens

Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven onder andere:

a. om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
b. om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
c. om producten en diensten te verbeteren;
d. om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
e. voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
f. om risico's in te schatten;
g. voor relatiebeheer;
h. om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons Privacystatement, te raadplegen op zilverenkruis.nl.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons Privacystatement, te raadplegen op zilverenkruis.nl.

19.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op stichtingcis.nl.

19.3 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.4 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

19.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

a. onder valse voorwendselen;
b. op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
d. feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

a. aangifte doen bij de politie;
b. uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
c. u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

A.21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Acute zorg

Zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijke ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of is verergerd.

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een instelling voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

C. Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel A.1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op: lid a-d en artikel A.4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners. Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U kunt één verzekering kiezen uit de Basis Plus Module en de Aanvullend 1-4 sterren. Daarnaast kunt u één verzekering kiezen uit de Aanvullend Tand Basis en Aanvullend Tand 1-4 sterren. Daarnaast kunt u Extra Vitaal afsluiten. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?;
- uw gezondheidstoestand van de mond hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen;
- u een basisverzekering van ZieZo heeft afgesloten;
- u geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op!

Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

Vergoeding na onderbreking van de verzekeringstermijn

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van de bij de dekking genoemde vergoedingstermijn.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland? van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 928

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.

2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.

3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.

4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 3 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.

5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.

6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Artikel 929

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.

2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.

3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 930

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.

2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.

3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.

4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.

5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.

e) worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen niet langer te identificeren dan voor de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt noodzakelijk is; persoonsgegevens mogen voor langere perioden worden opgeslagen voor zover de persoonsgegevens louter met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden worden verwerkt overeenkomstig artikel 89, lid 1, mits de bij deze verordening vereiste passende technische en organisatorische maatregelen worden getroffen om de rechten en vrijheden van de betrokkene te beschermen („opslagbeperking");

f) door het nemen van passende technische of organisatorische maatregelen op een dusdanige manier worden verwerkt dat een passende beveiliging ervan gewaarborgd is, en dat zij onder meer beschermd zijn tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging („integriteit en vertrouwelijkheid").

2. De verwerkingsverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de naleving van lid 1 en kan deze aantonen („verantwoordingsplicht").

Artikel 6

Rechtmatigheid van de verwerking

1. De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:

a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;

b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;

c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;

d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;

e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;

f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

De eerste alinea, punt f), geldt niet voor de verwerking door overheidsinstanties in het kader van de uitoefening van hun taken.

2. De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX.

3. De rechtsgrond voor de in lid 1, punten c) en e), bedoelde verwerking moet worden vastgesteld bij:

a) Unierecht; of

b) lidstatelijk recht dat op de verwerkingsverantwoordelijke van toepassing is.

Het doel van de verwerking wordt in die rechtsgrond vastgesteld of is met betrekking tot de in lid 1, punt e), bedoelde verwerking noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend. Die rechtsgrond kan specifieke bepalingen bevatten om de toepassing van de regels van deze verordening aan te passen, met inbegrip van de algemene voorwaarden inzake de rechtmatigheid van verwerking door de verwerkingsverantwoordelijke; de types verwerkte gegevens; de betrokkenen; de entiteiten waaraan en de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt; de doelbinding; de opslagperioden; en de verwerkingsactiviteiten en -procedures, waaronder maatregelen om te zorgen voor een rechtmatige en

behoorlijke verwerking, zoals die voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX. Het Unierecht of het lidstatelijke recht moet beantwoorden aan een doelstelling van algemeen belang en moet evenredig zijn met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

4. Wanneer de verwerking voor een ander doel dan dat waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld niet berust op toestemming van de betrokkene of op een Unierechtelijke bepaling of een lidstaatrechtelijke bepaling die in een democratische samenleving een noodzakelijke en evenredige maatregel vormt ter waarborging van de in artikel 23, lid 1, bedoelde doelstellingen houdt de verwerkingsverantwoordelijke bij de beoordeling van de vraag of de verwerking voor een ander doel verenigbaar is met het doel waarvoor de persoonsgegevens aanvankelijk zijn verzameld onder meer rekening met:

a) ieder verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking;

b) het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld, met name wat de verhouding tussen de betrokkenen en de verwerkingsverantwoordelijke betreft;

c) de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere categorieën van persoonsgegevens worden verwerkt, overeenkomstig artikel 9, en of persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten worden verwerkt, overeenkomstig artikel 10;

d) de mogelijke gevolgen van de voorgenomen verdere verwerking voor de betrokkenen;

e) het bestaan van passende waarborgen, waaronder eventueel versleuteling of pseudonimisering.

Artikel 7

Voorwaarden voor toestemming

1. Wanneer de verwerking berust op toestemming, moet de verwerkingsverantwoordelijke kunnen aantonen dat de betrokkene toestemming heeft gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens.

2. Indien de betrokkene toestemming geeft in het kader van een schriftelijke verklaring die ook op andere aangelegenheden betrekking heeft, wordt het verzoek om toestemming in een begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal zodanig gepresenteerd dat een duidelijk onderscheid kan worden gemaakt met de andere aangelegenheden. Wanneer een gedeelte van een dergelijke verklaring een inbreuk vormt op deze verordening, is dit gedeelte niet bindend.

3. De betrokkene heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan, onverlet. Alvorens de betrokkene zijn toestemming geeft, wordt hij daarvan in kennis gesteld. Het intrekken van de toestemming is even eenvoudig als het geven ervan.

4. Bij de beoordeling van de vraag of de toestemming vrijelijk kan worden gegeven, wordt onder meer ten sterkste rekening gehouden met de vraag of voor de uitvoering van een overeenkomst, met inbegrip van een dienstenovereenkomst, toestemming vereist is voor een verwerking van persoonsgegevens die niet noodzakelijk is voor de uitvoering van die overeenkomst.

Artikel 8

Voorwaarden voor de toestemming van kinderen met betrekking tot diensten van de informatiemaatschappij

1. Wanneer artikel 6, lid 1, punt a), van toepassing is in verband met een rechtstreeks aanbod van diensten van de informatiemaatschappij aan een kind, is de verwerking van persoonsgegevens van een kind rechtmatig wanneer het kind ten minste 16 jaar is. Wanneer het kind jonger is dan 16 jaar is zulke verwerking slechts rechtmatig indien en voor zover de toestemming of machtiging tot toestemming in dit verband wordt verleend door de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt.

De lidstaten kunnen dienaangaande bij wet voorzien in een lagere leeftijd, op voorwaarde dat die leeftijd niet onder 13 jaar ligt.