

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202303493

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D, hierna te noemen: de jurist, en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Bij brief van 5 februari 2025, ontvangen op 24 februari 2025, is de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) namens verzoeker gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 12 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 september 2025 aan de jurist gestuurd.
- 1.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 januari 2026 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Hij heeft de commissie hierbij verzocht het verzoek niet-ontvankelijk te verklaren, en dus niet verder te behandelen, en de nagezonden stukken niet te delen met verzoeker. De commissie heeft op 4 februari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de hoorzitting zoals gepland zal plaatsvinden. Daarnaast is aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat het niet mogelijk is stukken aan de commissie voor te leggen, die niet met de wederpartij worden gedeeld. Daarom is de ziektekostenverzekeraar de keuze geboden om (i) de stukken toe te voegen aan het procesdossier, waarbij een afschrift wordt verstuurd naar de jurist, of (ii) de brief met bijlagen in te trekken, waarbij de commissie dan geen kennisneemt van de inhoud en de stukken niet worden gedeeld met de jurist. De ziektekostenverzekeraar heeft diezelfde dag aan de commissie meegedeeld alsnog in te stemmen met het delen van voornoemde stukken met de jurist. Voornoemde stukken zijn op 5 februari 2026 per expresse naar jurist gezonden. Tevens is diezelfde dag geprobeerd dit telefonisch mee te delen aan de jurist. Dit is echter niet gelukt, maar er is een bericht ingesproken op diens voicemail. De per expresse verzonden stukken zijn op 12 februari 2026 retour gekomen. Op de retoursticker staat vermeld dat de stukken zijn geweigerd door de geadresseerde.
- 1.4. De jurist en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt. Deze zijn gelijktijdig met dit bindend advies aan partijen gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Extra en Tandarts Start (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft op enig moment bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een machtiging voor verpleging en verzorging. Aan hem is een machtiging verleend over de periode van 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023. Verzoeker heeft vervolgens zorgkosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en deze heeft de betreffende kosten aan hem vergoed. De ten behoeve van verzoeker gedeclareerde zorg wordt vanaf oktober 2023 niet meer door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 2.3. Op 26 november 2023 is namens verzoeker een klachtenformulier ingediend bij SKGZ, omdat hij de in oktober 2023 gedeclareerde kosten nog niet vergoed had gekregen. De Ombudsman Zorgverzekeringen (hierna: de Ombudsman) heeft vervolgens geprobeerd hierin te bemiddelen. De ziektekostenverzekeraar heeft de Ombudsman bij brief van 21 februari 2024 meegedeeld dat de betaling van een tweetal nota's is opgeschort, omdat een rechtmatigheidsonderzoek wordt uitgevoerd. In antwoord op aanvullende vragen van de Ombudsman heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 mei 2024 meegedeeld dat de aanleiding tot voornoemd onderzoek een vermoeden van fraude is.
- 2.4. Bij brief van 18 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij heeft vastgesteld dat verzoeker, door het verstrekken van misleidende informatie, zijn onderzoek naar onterecht betaalde zorggelden onmogelijk heeft gemaakt. Op basis van de door verzoeker ingediende nota's heeft de ziektekostenverzekeraar totaal € 46.935,60 voor "beweerdelijke zorg door [naam zorgaanbieder]" aan verzoeker vergoed. De ziektekostenverzekeraar "stelt zich op het standpunt dat deze geldstroom onrechtmatig is en u deze middels uw onware verklaringen opzettelijk in stand heeft gehouden." De ziektekostenverzekeraar heeft daarom aan verzoeker de volgende maatregelen opgelegd:
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Intern Verwijzingsregister (hierna: IVR) van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden voor de duur van 8 jaren opgenomen in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden voor de duur van 5 jaren opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR);
 - verzoeker kan gedurende 5 jaren geen zorgverzekering en de komende 8 jaren geen aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar;
 - de kosten van het onderzoek à € 745,- worden op verzoeker verhaald;
 - de ziektekostenverzekeraar vordert van verzoeker een bedrag van totaal € 47.026,20;
 - de gedeclareerde nota's ten bedrage van totaal € 9.282,56 worden niet vergoed;
 - de ziektekostenverzekeraar doet aangifte van fraude.
- 2.5. De Ombudsman heeft het dossier bij brief van 24 december 2024 gesloten.
- 2.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 15 januari 2025 om heroverweging van de onder 2.4 genoemde beslissing gevraagd. Partijen hebben geen afschrift van de heroverweging in de procedure gebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat hij met betrekking tot de gedeclareerde kosten van verpleging en verzorging/het PGB vv geen strafbare feiten heeft gepleegd, dat hij heeft gehandeld zoals het hoort, en dat de opgelegde maatregelen daarom dienen te vervallen.
- 3.2. In het klachtenformulier van 26 november 2023 is toegelicht dat verzoeker thuiszorg krijgt, omdat het niet goed gaat met zijn gezondheid. Aangezien hij gebruik maakt van een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar, is voor hem een aanvraag voor deze zorg ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft hierop van de ziektekostenverzekeraar een machtiging ontvangen voor thuiszorg over de periode van 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023. De nota's ter zake werden aanvankelijk vergoed, maar sinds de nota van september 2023 niet meer.
- 3.3. Verzoeker is niet zelf ter zitting verschenen. Ter zitting is de jurist verschenen die het geschil in naam van verzoeker aan de commissie heeft voorgelegd. Ter zitting heeft de jurist in eerste instantie verklaard dat hij is benaderd door verzoeker. Vervolgens heeft hij gesteld dat hij is gemachtigd door [naam zorgaanbieder]. Daarnaar door de commissie gevraagd heeft hij verklaard dat dit een verspreking is en dat hij bedoelde dat hij is gemachtigd door verzoeker. Daarnaar door de commissie gevraagd heeft de jurist in eerste instantie verklaard dat verzoeker de machtiging heeft ondertekend in zijn bijzijn. Hij heeft verzoeker ontmoet in Harderwijk. Tijdens deze ontmoeting heeft verzoeker een handtekening gezet. Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd heeft de jurist bij herhaling verklaard dat hij aanneemt dat verzoeker het machtigingsformulier heeft ondertekend. Hij kan echter niet met zekerheid zeggen of verzoeker het machtigingsformulier heeft ondertekend in zijn aanwezigheid, omdat hij zich dit niet herinnert.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 18 december 2024 gesteld dat de ter declaratie ingediende nota's voor verpleging en verzorging niet voldoen aan de eisen uit de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich bovendien op het standpunt dat de onware verklaring van 9 februari 2024, het indienen van onrechtmatige nota's, en het toesturen van de administratie volledig voor verantwoordelijkheid van verzoeker komen. Daarbij stelt de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van samenspanning tussen verzoeker en de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar beschouwt de zorgaanbieder in dat verband als de intellectuele dader, maar hij houdt verzoeker medeverantwoordelijk en medeaansprakelijk voor de gang van zaken.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 januari 2026, gericht aan de commissie, verzocht om het geschil niet-ontvankelijk te verklaren. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe aangevoerd dat het geschil niet is voorgelegd door of namens verzoeker zelf, maar door de zorgaanbieder. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de Ombudsman in een eerder stadium vastgesteld dat de klachten die aanhangig zijn gemaakt door verzoeker en ook andere verzekerden niet zijn ingediend door verzekerden zelf, maar door de zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder wordt beticht van grootschalige fraude en is hiervoor veroordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat door SKGZ is vastgesteld dat de zorgaanbieder zich heeft voorgedaan als verschillende verzekerden en de procedure(s) bij SKGZ heeft willen gebruiken om het fraudeonderzoek van de ziektekostenverzekeraar te verstoren. De tussenkomst van een vertegenwoordiger maakt dit volgens de ziektekostenverzekeraar niet anders, omdat hieruit niet blijkt dat verzoeker nu wél degene is die deze procedure heeft gestart. Een handtekening of paraaf kan in dit geval niet voldoende zijn, omdat in de procedure bij de Ombudsman die handtekening

ook aanwezig was in het dossier. Daarmee is aannemelijk dat de zorgaanbieder over die handtekening beschikt. Het is voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk hoe de commissie in de onderhavige procedure met zekerheid heeft vastgesteld dat deze is gestart door verzoeker.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat onderzoek is verricht naar de betrokken zorgaanbieder. Al het contact verloopt via de zorgaanbieder en het is bijna onmogelijk om in contact te komen met verzoeker. Mede daarom twijfelt hij ernstig eraan dat het geschil is voorgelegd door dan wel namens verzoeker of zelfs of verzoeker wel weet dat deze procedure loopt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat ook door medewerkers van de Ombudsman Zorgverzekeringen is vastgesteld dat de zorgaanbieder zich heeft voorgedaan als verzekerden. Dit staat ook in de brief van de Ombudsman, aldus de ziektekostenverzekeraar. Om die reden heeft de Ombudsman deze klachten niet verder in behandeling genomen en zijn de dossiers gesloten, aldus de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de commissie dit bij de betreffende medewerkers kan verifiëren. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar opnames meegenomen die hij wil laten horen, waaruit blijkt dat de zorgaanbieder zich telefonisch heeft voorgedaan als verschillende verzekerden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Ontvankelijkheid

- 6.2. De commissie overweegt dat de jurist namens verzoeker op 5 februari 2025, ontvangen op 24 februari 2025, een geschil aan de commissie heeft voorgelegd. Op 24 maart 2025 is daartoe een machtigingsformulier getekend en aan de commissie gestuurd. Op dit machtigingsformulier zijn de gegevens van verzoeker en de jurist opgenomen. De commissie mocht tot de hoorzitting ingevolge artikel 3:61, tweede lid, BW, in redelijkheid vertrouwen op deze machtiging. Echter, gezien de door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 januari 2026 en ter zitting ingenomen stelling - dat het geschil niet is voorgelegd door verzoeker, maar door dan wel namens de zorgaanbieder, en dat het verzoek om die reden niet ontvankelijk is - moet de commissie eerst deze stelling beoordelen voordat zij een eventueel inhoudelijk oordeel kan geven.
- 6.3. Om vast te stellen of het verzoek ontvankelijk is, heeft de commissie de ter zitting verschenen jurist vragen gesteld. De jurist heeft ter zitting verklaard te zijn benaderd door verzoeker, maar tevens de zorgaanbieder [X] te kennen. De jurist heeft ook verklaard door de zorgaanbieder, de heer [X], te zijn gemachtigd, welke verklaring hij vervolgens, na een vraag daarover van de commissie, benoemde als een verspreking. De jurist heeft voorts verklaard dat hij in het machtigingsformulier zelf zijn naam en contactgegevens heeft ingevuld. Hij heeft op de vraag van de commissie of verzoeker deze machtiging in zijn bijzijn heeft getekend aanvankelijk bevestigend geantwoord. Nadat hij vervolgens verklaarde aan te nemen dat verzoeker de machtiging heeft getekend, heeft de commissie gevraagd hoe dat mogelijk is als dat in aanwezigheid van de jurist gebeurde. Daarop heeft de jurist verklaard dat hij niet meer wist of het formulier in zijn bijzijn is ondertekend. Op de vraag van de commissie of zij een door verzoeker getekende machtiging heeft,

heeft de jurist herhaald dat hij dat aanneemt. De jurist was desgevraagd niet bereid telefonisch contact met verzoeker te leggen tijdens de zitting om bevestigd te krijgen dat hij namens hem optrad. Gelet op het voorgaande is de commissie tot de conclusie gekomen dat niet is komen vast te staan dat de ter zitting verschenen jurist het geschil heeft voorgelegd namens verzoeker. Evenmin is komen vast te staan of verzoeker heeft ingestemd met het aanhangig maken van het geschil. Ook is de ter zitting verschenen jurist niet aan te merken als partij in dit geschil, en hij kan om die reden deze procedure niet in eigen naam voeren. Gezien het bovenstaande concludeert de commissie dat het verzoek niet-ontvankelijk is.

- 6.4. Aangezien de commissie concludeert dat het verzoek niet-ontvankelijk is, komt de commissie niet toe aan de inhoudelijke behandeling van het geschil.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat het verzoek niet-ontvankelijk is.

Zeist, 17 maart 2026,

L. Ritzema

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

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 61

1. Een volmacht kan uitdrukkelijk of stilzwijgend worden verleend.
2. Is een rechtshandeling in naam van een ander verricht, dan kan tegen de wederpartij, indien zij op grond van een verklaring of gedraging van die ander heeft aangenomen en onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht aannemen dat een toereikende volmacht was verleend, op de onjuistheid van deze veronderstelling geen beroep worden gedaan.
3. Indien een volgens wet of gebruik openbaar gemaakte volmacht beperkingen bevat, die zo ongebruikelijk zijn dat de wederpartij ze daarin niet behoefde te verwachten, kunnen deze haar niet worden tegengeworpen, tenzij zij ze kende.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als ergotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Erkende verwijzers Medisch Specialistische Zorg

De volgende verwijzers zijn erkend om te verwijzen naar Medisch Specialistische Zorg: de huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts (voor arbeidsgerelateerde aandoeningen zoals is opgenomen in de leidraad op de site van de NVAB), SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige (in geval van zwangerschap, bevalling of naar een kinderarts binnen 10 dagen na de bevalling), tandarts en orthodontist voor kaak chirurgische behandeling, tandarts werkend bij ACTA naar een dermatoloog-allergoloog werkend in een UMC of het Albert Schweitzer, tandprotheticus naar de kaakchirurg, optometrist of orthoptist naar de oogarts, triage-audicien en klinisch fysisch audioloog naar de KNO-arts, GGD arts voor aanvragen laboratoriumonderzoek en in geval van een SOA of TBC. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticen, triage-audiciens, klinisch fysisch audiologen en optometristen.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apotheekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door ons vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ook wel geboortehotel of bevalcentrum genoemd) gevestigd in een ziekenhuis met acute verloskundige zorg in het zorgaanbod. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode.

Gecontracteerde zorg

De zorg die wij op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht zijn op basis van een tussen ons en een zorgaanbieder gesloten overeenkomst te vergoeden.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare verzekerden die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten zijn meestal hoofdbehandelaar voor deze zorg.

8 Verplichtingen

Als verzekerde of verzekeringnemer bent u verplicht:

- zich te legitimeren met een rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek;
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname aan onze medisch adviseur te laten weten, als deze hierom vraagt;
- ons alle medewerking te verlenen bij het verkrijgen van informatie die wij nodig hebben, met inachtneming van privacy wet- en regelgeving;
- ons binnen 30 dagen te melden dat u gedetineerd bent. De beëindiging van uw detentie dient u ook binnen 30 dagen aan ons te melden.
- originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de datum van behandeling bij ons in te dienen. Uit de nota's moeten wij op kunnen maken of u recht heeft op vergoeding en tot welk bedrag. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota geldt niet als nota.

Als u onze belangen schaadt door het niet nakomen van de verplichtingen vervalt uw recht op vergoeding en kunnen wij de kosten bij u terugvorderen.

9 Regres

Als verzekeringnemer of verzekerde bent u verplicht:

- ons inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- contact met ons op te nemen voordat u met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade.

U mag nooit zonder onze schriftelijke toestemming met een derde of degene die voor of namens die derde optreedt, een regeling treffen. Hieronder verstaan we ook het verlenen van kwijting (een verklaring afgeven dat de schuld is afgelost), waardoor wij in onze rechten worden benadeeld.

Als u hieraan geheel of gedeeltelijk niet voldoet bent u verplicht de door ons geleden schade te vergoeden.

Als u het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico moet betalen voor medische hulp ten gevolge van een ongeval waarvoor een ander schuldig is, dient u dit zelf bij die tegenpartij te verhalen.

10 Fraude

Verplichting tot medewerking

Wij mogen inhoudelijke controles en fraudeonderzoeken uitvoeren als het gaat over de aanvraag van uw verzekering, uw gegevens in onze administratie en uw declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen. Verleent u geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om uw verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars de bevoegdheid om onderling informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselen wij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 06.01 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze informatie-delingsdeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De AVG geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt uw recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als u en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- uw (zorg)verzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
 - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe Basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de Basisverzekering jegens u;
 - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.
- uw contractrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- uw persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- uw persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of een andere opsporingsinstantie;
- (zorg)kosten gemoeid met fraude terug te vorderen.

11 Onrechtmatige inschrijving

Als blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de basisverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop de verzekeringsplicht is vervallen.

Als wij voor u een basisverzekering opmaken op grond van Regeling onverzekerden van het CAK en later blijkt dat u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, dan vervalt onze basisverzekering met terugwerkende kracht. U moet dan aan ons en het CAK aantonen dat u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was. U heeft hiervoor twee weken de tijd, vanaf het moment dat het CAK u hiervan op de hoogte heeft gebracht. Het CAK voert in opdracht van de overheid regelingen uit.