

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Veronderstelde fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV) en de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), buitenlandnota, beëindiging zorgverzekering, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekeringen, declaraties
Zaaknummer : 2011.00946
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Natura Verzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Pakket en Tand Uitgebreid Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van door hem, tijdens zijn verblijf in Kosovo, genoten zorg ten bedrage van € 303,-- (hierna: de aanspraak).
- 3.2. Bij brief van 1 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat onderzoek heeft uitgewezen dat hij een vervalste nota heeft ingediend en dat om die reden de gegevens van verzoeker zijn opgenomen in het interne incidentenregister en in dat van de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS). Eerstgenoemde registratie wordt tevens doorgegeven aan het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV). De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en diens gezinsleden worden beëindigd; verzoeker wordt voor een periode van vijf jaar uitgesloten voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar, en de door hem gedeclareerde kosten worden niet vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 14 april 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 juli 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2011 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2011 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Kosovo een hersenschudding opgelopen doordat hij van de trap is gevallen. In het ziekenhuis zijn röntgenfoto's gemaakt en zijn enkele onderzoeken uitgevoerd. Ook heeft verzoeker een injectie gehad. Verzoekers vader heeft de kosten hiervan contant betaald en een betalingsbewijs ontvangen. Verzoeker ging ervan uit dat het betalingsbewijs voldoende zou zijn voor de declaratie van de kosten bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft bewezen dat er onderzoek is gedaan naar de nota of dat een zodanig onderzoek heeft uitgewezen dat de nota in drie kleuren inkt is geschreven en dat de bedragen zijn aangepast. Evenmin is bewezen dat de bedragen op zijn verzoek zijn aangepast. Het beëindigen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering en de inschrijving in het incidentenregister wegens fraude hebben zeer vergaande gevolgen voor verzoeker en diens gezin. Daarom dienen hoge eisen aan de bewijsvoering te worden gesteld. Hieraan is in de onderhavige situatie echter niet voldaan. Er is dan ook geen sprake van 'valse voorwendselen' of het 'op oneigenlijke grond/wijze verkrijgen van een aanspraak'. Evenmin is voldaan aan het gestelde in artikel 7:941, lid 5 BW. Van enige opzet of van bewust handelen door verzoeker is geen sprake. Geconcludeerd moet worden dat geen fraude is gepleegd. De door de ziektekostenverzekeraar opgelegde sancties zijn, gezien de omstandigheden, disproportioneel.
- 4.3. Dat verzoeker niet heeft gereageerd op de verzoeken om informatie van de ziektekostenverzekeraar, betekent niet dat hij de ziektekostenverzekeraar opzettelijk wilde misleiden. Verzoeker heeft nimmer de intentie gehad geen medewerking te (willen) verlenen aan het onderzoek en heeft dit ook niet bewust nagelaten. Verzoeker heeft niet op de brieven gereageerd, omdat hij niet wist wat hij ermee moest doen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch medegedeeld dat hij bereid is in de zomer van 2011, wanneer hij weer in Kosovo zou zijn, onderzoek te doen en na te gaan welke artsen hem destijds hebben geholpen en zo opheldering te verschaffen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit voorstel echter niet geaccepteerd.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld dat de nota buitensporig hoog is en dat dit de reden was voor de verdenking van fraude. Het kan zijn dat de kosten voor de in Kosovo genoten zorg hoger zijn dan wanneer deze behandeling in Nederland zou hebben plaatsgevonden. Dit betekent echter niet dat daarom sprake is van fraude.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij niet heeft gezien dat de nota werd uitgeschreven. Hem was dan ook niet opgevallen dat er wijzigingen waren aangebracht. Uit de nota blijkt duidelijk dat het een bedrag van € 303,-- betreft. Dit bedrag is door zijn vader voldaan aan degene die de nota heeft uitgereikt. Verzoeker heeft de vier brieven van de ziektekostenverzekeraar over deze kwestie ontvangen en de daarin gestelde vragen begrepen. Hij kon echter niet alle vragen beantwoorden en heeft daarom niet gereageerd. Hij heeft overigens op een later tijdstip wel telefonisch gereageerd. Ook heeft hij gesproken met [naam medewerker van de ziektekostenverzekeraar]; deze wilde van alles van hem weten. Verzoeker wilde na zijn val - vanwege de kwaliteit van de zorg en de lange wachttijden in Kosovo - zo snel mogelijk terug naar Nederland. Hij heeft namelijk ook een hernia en vreesde dat zijn klachten alleen maar zouden toenemen. Verzoeker heeft in 2010, tijdens een volgend verblijf in Kosovo, niet om het telefoonnummer van de betreffende arts gevraagd. Hij vond dat niet nodig, aangezien hij al bij deze arts op bezoek was.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij, gezien de hoogte van het gedeclareerde bedrag van € 303,-- voor in Kosovo gemaakte medische kosten, een onderzoek is gestart. In het kader van dit onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar op 16 september 2009 een vragenbrief gestuurd teneinde verzoeker zodoende in de gelegenheid te stellen duidelijkheid te verschaffen over deze declaratie. Bij deze brief was een formulier gevoegd op grond waarvan aan de ziektekostenverzekeraar toestemming wordt verleend om informatie op te vragen bij de Kosovaarse arts(en). Verzoeker heeft hierop echter niet gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 5 oktober en 17 november 2009 herinneringen gestuurd, waarop evenmin een reactie volgde. Op 14 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij aangetekende brief nogmaals de vragenbrief met het toestemmingsformulier gestuurd. Ook hierop heeft verzoeker niet gereageerd. De ziektekostenverzekeraar had graag het verhaal van verzoeker willen meewegen, maar diens weigering om mee te werken aan het onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar gedwongen tot het trekken van eenzijdige conclusies.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de ter declaratie ingediende nota nader onderzocht. Hierbij is gebleken dat het oorspronkelijk uitgeschreven bedrag op de factuur van Health House Skenderaj van 17 augustus 2009 is gewijzigd in € 303,--. Ook is het aanvankelijk uitgeschreven bedrag in drie kleuren inkt aangepast. Daarnaast is het bedrag van de nota, ten opzichte van de door verzoeker aangeleverde gegevens omtrent zijn toestand, buitenproportioneel, aangezien alleen röntgenfoto's zouden zijn gemaakt.

- 5.3. Verzoeker heeft op het declaratieformulier verklaard dat hij op 17 augustus 2009 direct met de alarmcentrale van zijn reisverzekeraar heeft gebeld over het ongeval. Dit wordt echter niet bevestigd door de alarmcentrale; er is geen registratie van telefonisch contact met verzoeker op of rond deze datum.
- 5.4. Verzoeker is als verzekeringnemer en declarant van de nota verantwoordelijk voor de juistheid van de in te dienen nota. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat de ingediende nota is vervalst en hij is daarom, op grond van de bepalingen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, overgegaan tot het opleggen van passende maatregelen.
- 5.5. Volgens verzoeker heeft hij de ziektekostenverzekeraar niet bewust willen misleiden en heeft hij nimmer de intentie gehad geen medewerking te verlenen aan het ingestelde onderzoek. De ziektekostenverzekeraar kan dit echter niet verenigen met het niet reageren op de brieven van 16 september, 5 oktober en 17 november 2009, en het aangetekend schrijven van 14 december 2009.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorstel van verzoeker, om in de zomer van 2011 de gevraagde gegevens te achterhalen, niet geaccepteerd, omdat verzoeker reeds ruimschoots in de gelegenheid werd gesteld te reageren op eerdergenoemde brieven. Daarbij speelt dat verzoeker de zomervakantie van 2010 eveneens in Kosovo heeft doorgebracht en dat hij deze kans om de gevraagde informatie alsnog te vergaren toen niet heeft aangegrepen.
- 5.7. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard de aanvullende ziektekostenverzekering op grond van artikel 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering te hebben beëindigd.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door verzoeker meer kosten zijn gedeclareerd waarover twijfels bestonden. Hij is om deze reden al eerder het onderwerp van onderzoek geweest. De onderhavige nota was helemaal twijfelachtig. Daarom is hiernaar een onderzoek gestart. Wat betreft de onderhavige nota is duidelijk dat hier mee gerommeld is. Ten eerste is met verschillende kleuren inkt op de nota geschreven. Daarnaast is het op de nota vermelde bedrag buitensporig hoog, zeker nu de woonlandfactor slechts 0,06 bedraagt. Het is daarom onwaarschijnlijk dat het bedrag van € 303,-- is betaald voor de onderhavige zorg.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aangifte van fraude gedaan, omdat het bedrag laag is en het beleid van het Openbaar Ministerie ten aanzien van dit soort zaken bekend is.
- 5.10. Ten aanzien van het uitgevoerde onderzoek naar de nota verklaart de ziektekostenverzekeraar dat is getracht informatie te verkrijgen via de ANWB en het consulaat. Ook is verzoeker uitgenodigd voor een gesprek. Uit diverse bronnen blijkt dat fraude een groot probleem is in Kosovo en dat de artsen mogelijk hieraan meewerken. Verzoeker is reeds op 19 augustus 2009 teruggereisd naar Nederland. Dit is vreemd, aangezien sprake zou zijn van een hersenschudding. Verzoeker is in 2010 wederom in Kosovo geweest. Hij heeft toen dezelfde arts bezocht. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af waarom verzoeker toen geen nadere informatie van de arts heeft gevraagd, zoals bijvoorbeeld het telefoonnummer.

- 5.11. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aantoonbaar fraude heeft gepleegd, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. In artikel 1, onder 25 van de zorgverzekering is de begripsomschrijving van 'fraude' opgenomen. Deze omschrijving luidt:

"Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen."

- 8.3. Artikel 2.6 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"Als [de ziektekostenverzekeraar] fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elk uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalst, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat [de ziektekostenverzekeraar]:
- de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplachtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in zijn incidentenregister. Dit incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van [naam concern];
- het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- de zorgverzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 5 jaar kan weigeren nieuwe zorgverzekering(en) te sluiten. Voor aanvullende verzekeringen en binnen [naam ander label van het concern] gevoerde schadeverzekeringen bedraagt deze termijn 8 jaar;
- de lopende aanvullende verzekering(en) en binnen de [naam ander label van het concern] organisatie lopende (schade)verzekeringen kan beëindigen;
- registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
(...)"

- 8.4. In artikel 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2011 is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar, na fraude met betrekking tot een bij hem lopende verzekering de aanvullende ziektekostenverzekering en eventuele schadeverzekeringen binnen het concern kan beëindigen. Binnen een periode van acht jaar kunnen dan geen schadeverzekeringen of een aanvullende ziektekostenverzekering binnen het con-

cern worden afgesloten. Ook kan de ziektekostenverzekeraar de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten op betrokkene verhalen.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van de artikelen 1, onder 25 en 2.6 van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 9.3. De bedoeling van de artikelen 1, onder 25 en 2.6 van de zorgverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 1 van de zorgverzekering gebezigde terminologie “te verkrijgen onder valse voorwendselen” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.4. Het voorgaande betekent, kort gezegd, dat moet komen vast te staan dat verzoeker opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of heeft willen geven. De bewijslast dienaangaande ligt bij de ziektekostenverzekeraar. Het ligt op diens weg om bij een vermoeden van fraude als het onderhavige hiernaar verder onderzoek te doen. Weliswaar heeft de ziektekostenverzekeraar het Nederlandse consulaat en de ANWB benaderd, doch dit heeft geen concrete bewijzen van fraude aan de zijde van verzoeker opgeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker viermaal schriftelijk benaderd en hem uitgenodigd voor een gesprek. Dat verzoeker aan dat verzoek niet heeft voldaan, levert geen concreet bewijs van fraude op.
- 9.5. De door de ziektekostenverzekeraar gestelde feiten en omstandigheden zijn onvoldoende om daaruit de conclusie te kunnen trekken dat verzoeker opzettelijk de verzekeraar heeft willen misleiden of heeft misleid. Weliswaar blijkt dat het bedrag op de nota is gewijzigd, doch niet is vast komen te staan dat verzoeker de nota heeft vervalst. Daarbij komt dat door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is verklaard dat het voorkomt dat artsen ter plaatse nota's wijzigen in hun voordeel. Dit alles leidt tot de conclusie dat de door de ziektekostenverzekeraar, vanwege de veronderstelde fraude getroffen maatregelen, niet terecht waren en dat deze met terugwerkende kracht dienen te worden ingetrokken.
- 9.6. Ten aanzien van de door verzoeker ter declaratie ingediende nota overweegt de commissie dat deze onvoldoende is gespecificeerd en dat om die reden vergoeding daarvan mocht worden geweigerd. Op grond van de op de nota vermelde informatie is namelijk niet zonder meer te herleiden welke zorg aan verzoeker is verleend. De

ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker meermaals verzocht om nadere gegevens. Verzoeker heeft er echter voor gekozen hier niet op te reageren.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, het opnemen van zijn gegevens in het interne incidentenregister, en de registratie bij de Stichting CIS te Zeist en het CBV betreft. Voor zover het de vergoeding van de onderhavige nota betreft, dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek deels toe, zoals bepaald in 9.7.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter