Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202400972

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

1) Centrale Zorgverzekering NZV N.V. te Tilburg, en
2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. In een telefoongesprek op 4 juni 2025 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is bij brief van 5 juni 2025 schriftelijk aan haar bevestigd. Op 20 juni 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 19 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de NN Zorgverzekering Combinatie en de aanvullende verzekeringen Compleet en TandenGaaf 100% tot EUR 500.

2.2. In de periode van 1 januari 2023 tot en met 14 oktober 2024 was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Zorg Vrij (Combinatie) en de aanvullende verzekeringen Compleet, TandenGaaf 100% tot EUR 500, en Fit. De NN Zorgverzekering Combinatie en de verzekering Zorg Vrij (Combinatie) worden hierna aangeduid als de zorgverzekering. De aanvullende verzekeringen Compleet, TandenGaaf 100% tot EUR 500, en Fit worden hierna samen aangeduid als de aanvullende ziektekostenverzekering.

2.3. Verzoekster heeft in de periode van 1 januari 2022 tot en met 10 juni 2024 bij de ziektekostenverzekeraar declaraties ingediend voor zittend ziekenvervoer. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een gedeeltelijke vergoeding verleend.

2.4. In zijn brief van 10 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar de ingediende declaraties voor vervoerskosten. Hierbij heeft hij

verzoekster de gelegenheid geboden te reageren. Nadien hebben partijen hierover gecorrespondeerd, waarbij door verzoekster diverse malen aanvullende informatie is aangeleverd.

2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 september 2024 aan verzoekster meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat zij fraude heeft gepleegd. In dat verband zijn aan haar de volgende maatregelen opgelegd:

- het uitgekeerde bedrag van totaal € 9.897,77 wordt bij verzoekster teruggevorderd;
- de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster (en van haar op dezelfde polis verzekerde gezinslid) worden met ingang van 15 oktober 2024 beëindigd;
- verzoekster mag in de komende 5 jaren geen zorgverzekering afsluiten bij het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar, voor de duur van 8 jaren na afronding van het fraudeonderzoek;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Interne Verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar (hierna: IVR), voor de duur van 8 jaren na afronding van het fraudeonderzoek;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar tot 10 juni 2032;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR) tot 10 juni 2032;
- de onderzoekskosten ten bedrage van € 2.364,-- worden op verzoekster verhaald.

2.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 9 oktober 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 mei 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 door haar geen fraude is gepleegd en dat de ziektekostenverzekeraar daarom ten onrechte maatregelen aan haar heeft opgelegd.

3.2. Bij e-mailbericht van 4 juli 2025 heeft verzoekster haar persoonlijke situatie toegelicht. Daarnaast heeft zij haar onvrede geuit over de ziektekostenverzekeraar. In eerste instantie is haar gevraagd om informatie over het vervoer naar de ziekenhuizen in Drachten en Maarssen. Het vervoer naar andere zorgaanbieders was in orde. De ziekenhuizen in Drachten en Maarssen hebben vervolgens elk een verklaring opgesteld over het vervoer van verzoekster. Hieruit blijkt dat zij vaak met spoed naar deze ziekenhuizen moest komen. Deze verklaringen waren in eerste instantie voldoende, maar hier is de ziektekostenverzekeraar later op teruggekomen. Hierna is gevraagd om informatie over het vervoer naar de ziekenhuizen in Drachten en Amsterdam, maar dit bleek achteraf niet meer nodig. De ziektekostenverzekeraar heeft regelmatig te weinig vergoeding verleend. Hiervoor heeft hij op enig moment een compensatie gegeven. Ook werkte de website van de ziektekostenverzekeraar enkele maanden niet, waardoor verzoekster niet kon declareren. Verzoekster beschikte over een akkoordverklaring voor vervoer naar de huisarts in verband met vitamine B12-injecties. De ziektekostenverzekeraar ontkende dit aanvankelijk, maar heeft zijn standpunt later gewijzigd.
Verzoekster heeft verder toegelicht dat geplande belconsulten regelmatig fysieke consulten zijn geworden. Zij moest dan vanwege haar gezondheid met spoed naar het ziekenhuis komen. Deze afspraken zijn destijds "administratief niet aangepast" en de ziekenhuizen willen dat nu ook niet meer doen. Dat dit is gebeurd, blijkt uit het patiëntendossier van verzoekster, maar de ziektekostenverzekeraar wil deze informatie niet hebben.

De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat sprake is van fraude. Verzoekster heeft inmiddels al veel informatie aangeleverd, zoals verklaringen en afsprakenkaarten. Zij is erg ziek en is niet in staat naar de ziekenhuizen te gaan om nog meer informatie aan te leveren. Verzoekster ging ervan uit dat het allemaal goed zou komen, omdat zij meermaals door de ziektekostenverzekeraar is gerustgesteld. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om aan te tonen dat er geen zorg is genoten op de dagen dat vervoerskosten zijn gedeclareerd.
Inmiddels is verzoekster verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. Deze vraagt in dezelfde week de afspraken op. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar drie jaar later nog informatie vraagt over afspraken.

3.3. Ter zitting heeft verzoekster gesteld dat zij ten onrechte wordt beticht van fraude. Zij heeft niets verkeerd gedaan. Zij was erg ziek en kon nergens naartoe. Zij heeft er alles aan gedaan om aan te tonen dat zij in de ziekenhuizen is geweest op de dagen dat zij vervoer heeft gedeclareerd. Zo is verzoekster een halve dag bij het patiëntenportaal van een van de ziekenhuizen geweest en heeft daar gevraagd naar het medisch dossier. Zij heeft ook gevraagd hoe het kon dat haar bezoeken niet goed zijn geregistreerd. Blijkbaar zijn de bezoeken geregistreerd als belconsulten en kon dit niet worden omgezet naar fysieke consulten. In veel gevallen betrof het in eerste instantie ook een belconsult, maar werd dit een fysiek consult, omdat zij van de arts met spoed naar het ziekenhuis moest komen. De oncoloog vindt het belangrijker om patiënten te helpen dan om zijn administratie bij te werken. Hij heeft er nooit bij stilgestaan dat dit problemen kon opleveren. Bij de artsen in Drachten en Utrecht zijn de gegevens zoek.
Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar fouten gemaakt. Er was een fout in het systeem, waardoor vervoersdeclaraties een tijdlang niet konden worden ingediend. Declaraties moesten ook opnieuw worden ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft heel veel correcties uitgevoerd. De nieuwe zorgverzekeraar vraagt direct na het indienen van een vervoersdeclaratie om informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft dat pas jaren later gedaan. Op de vraag hoe het komt dat zij voor sommige afspraken wel afsprakenkaarten heeft kunnen overleggen, antwoordt verzoekster dat zij een aantal afsprakenkaarten heeft teruggevonden in haar mailbox.
In een aantal gevallen kreeg zij helemaal geen afsprakenkaart van het ziekenhuis. Zij heeft overal achteraan moeten bellen en heeft gedaan wat zij kon. Verzoekster ligt in scheiding en kan geen zorgverzekering voor haar kind afsluiten. Zij is erg ziek en heeft verschillende aandoeningen. In die tijd was zij al blij dat zij naar het ziekenhuis kon komen. Verzoekster heeft wel afsprakenkaarten kunnen ophalen bij de ziekenhuizen in Hengelo en Enschede, maar zij is niet in staat om naar Drachten te gaan om daar afsprakenkaarten op te halen.
Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij weleens een fout kan hebben gemaakt, bijvoorbeeld bij het dubbel indienen. Dit moest zij echter wel doen, omdat het systeem van de ziektekostenverzekeraar niet werkte. Zij heeft ook regelmatig contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar omdat er dingen niet klopten.
Uit het patiëntendossier blijkt dat belconsulten zijn omgezet in fysieke afspraken. Het ziekenhuis in Maarsen kon geen verdere gegevens aanleveren en de arts in Drachten wilde alleen meedelen wat er met verzoekster aan de hand was, omdat de rest de ziektekostenverzekeraar niet aanging. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds gezegd dat alles goed zou komen, maar achteraf blijkt dat niet het geval. Verzoekster kan niet meer bewijs aanleveren dan zij heeft gedaan. Meer bewijs moet bij de ziekenhuizen worden opgevraagd.
De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat sprake is van fraude. Verzoekster heeft verklaard dat zij van de arts uit Utrecht zij geen informatie meer heeft. Alleen het ziekenhuis in Drachten blijft over. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat er een brief is van een arts waaruit blijkt dat zij met spoed naar dit ziekenhuis moest komen.
Verder heeft verzoekster gesteld dat de opname van haar persoonsgegevens in de verschillende registers buitenproportioneel is. De ziektekostenverzekeraar heeft haar iets ergs aangedaan. Zij kan geen zorgverzekering afsluiten voor haar kind en ook haar auto kan zij niet meer verzekeren.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat sprake is van fraude en hij heeft in dit verband maatregelen aan verzoekster opgelegd. Bij brieven van 30 september 2024, 30 mei 2025 en 19 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij, in het kader van het fraudeonderzoek, bij verzoekster en diverse zorgaanbieders informatie heeft opgevraagd om te verifiëren of sprake is van rechtmatige vervoersdeclaraties. Op basis van een vergelijking van de door verzoekster ingediende declaraties voor vervoer en de door haar en de zorgaanbieders aangeleverde informatie, heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat (a) vervoer is gedeclareerd op dagen dat een telefonisch consult heeft plaatsgevonden, (b) vervoer is gedeclareerd op dagen waarop in het geheel geen zorg is verleend, en (3) vervoer is gedeclareerd op dagen waarvan het bewijs ontbreekt dat zorg is verleend en/of waarvan een onderbouwing voor het recht op uitkering ontbreekt.

4.2. Ten aanzien van de declaraties voor vervoer naar Nij Smellinghe heeft de ziektekostenverzekeraar op basis van de beschikbare informatie vastgesteld dat een bedrag van € 6.003,09 ten onrechte is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat Nij Smellinghe schriftelijk heeft verklaard, namelijk bij e-mailbericht van 24 september 2024, dat alle behandelingen zijn geregistreerd in het dossier. De verklaring van verzoekster dat er mogelijk ritten zijn geweest in verband met een behandeling in het ziekenhuis die niet is geregistreerd, en dat de zorgverlener in kwestie geen tijd had om dit allemaal na te kijken, is volgens de ziektekostenverzekeraar niet geloofwaardig.
Onder verwijzing naar een drietal arresten en uitspraken (ECLI:NL:HR:2016:507), (ECLI:NL:HR:2020:311) en (ECLI:NL:RBOBR:2024:397) heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een verzekerde met het indienen van nota's voor niet uitgevoerde behandelingen geen andere bedoeling kan hebben gehad dan het met opzet misleiden van de verzekeraar om een (hogere) uitkering te verkrijgen. Hetzelfde geldt voor het indienen van declaraties voor vervoer dat niet heeft plaatsgevonden.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat verzoekster de verplichting als bedoeld in artikel 7:941, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek niet is nagekomen met het opzet hem te misleiden. Hierdoor is op grond van artikel 7:941, vijfde lid, van het Burgerlijk Wetboek het recht op uitkering komen te vervallen en is de ziektekostenverzekeraar tevens gerechtigd tot het beëindigen van de verzekeringsovereenkomst.

4.4. Voor een bedrag van € 3.894,68 geldt, naast de vastgestelde fraude, een subsidiaire verplichting tot terugbetaling. Het wettelijk uitgangspunt is dat degene die meent een geldelijke vordering op een verzekeraar te hebben op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van de stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Verzoekster heeft, ondanks dat zij daartoe ruimschoots in de gelegenheid is gesteld, niet onderbouwd dat recht bestaat op vergoeding van de onderliggende declaraties voor vervoer. Het risico dat zorgaanbieders verzoekster niet, niet op tijd en/of niet de juiste documentatie sturen die nodig is om de declaraties te onderbouwen, komt voor haar rekening. Onder verwijzing naar een uitspraak (ECLI:NL:RBDHA:2023:9021) en de 'Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars' heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat het op de weg van verzoekster had gelegen het recht op uitkering (nader) te onderbouwen. Dit heeft zij niet gedaan.

4.5. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat door de zorgverzekeraars in gezamenlijkheid een beleid is opgesteld om een zo eenduidig en uniform mogelijke aanpak bij de behandeling van fraudeonderzoeken te waarborgen. Bij het bepalen van de op te leggen maatregelen heeft de ziektekostenverzekeraar de bevindingen uit het onderzoek aan dit landelijk beleid getoetst. De getroffen maatregelen, inclusief de EVR-registratie, zijn vastgesteld

overeenkomstig het landelijk beleid. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster in de praktijk nadelige gevolgen ondervindt van de opgelegde maatregelen, weegt voor de ziektekostenverzekeraar het algemene belang bij het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, in het bijzonder ter voorkoming en bestrijding van gedragingen die kunnen leiden tot benadeling van de zorgsector, zwaarder dan het feit dat verzoekster gedurende de periode van de registratie in het EVR (in financieel opzicht) beperkt is in haar verzekeringsmogelijkheden.

4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het onderzoek de periode van 1 januari 2020 tot en met 10 juni 2024 betrof. Dit blijkt ook uit de aankondigingsbrief die aan verzoekster is gestuurd. Het totaalbedrag dat wordt teruggevorderd ter zake van de vervoersdeclaraties is € 9.897,77. Daarnaast vordert de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten ten bedrage van € 2.364,-- In het controleplan staat een andere periode, maar deze is ingekort. Voor een deel van die periode geldt namelijk dat de termijn om afsprakenkaarten te bewaren al was verlopen.
De ziektekostenverzekeraar kan alleen vervoer vergoeden als dit rechtmatig is geweest. Er is daarom uitgebreid onderzoek gedaan en uitgebreid gecorrespondeerd. Verzoekster is steeds in de gelegenheid gesteld stukken aan te leveren en heeft dit ook regelmatig gedaan. Het onderzoek heeft uiteindelijk tot de conclusie geleid dat sprake is van fraude. Volgens verzoekster hebben de zorginstellingen de administratie niet op orde. Toch is het aan haar om aan te tonen dat zij zorg heeft genoten op de dagen dat zij vervoer heeft gedeclareerd. Nij Smellinghe heeft expliciet verklaard dat op de juiste manier is geadministreerd. Het ziekenhuis herkent zich niet in het verhaal van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar vindt de stellingen van verzoekster niet aannemelijk. Hij heeft er begrip voor dat zij in een lastige situatie verkeert, maar het opvragen van afsprakenkaarten zou niet lastig moeten zijn. Als verzoekster om een afsprakenkaart vraagt, moeten de zorginstellingen deze overleggen. Het is ook niet zo dat verzoekster zelf naar het ziekenhuis hoeft te gaan om deze informatie op te vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband voorts gesteld dat in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat een verzekerde afsprakenkaarten moet bewaren.
Het is dus aan verzoekster om aan te tonen dat er fysieke afspraken zijn geweest op de dagen dat zij vervoer heeft gedeclareerd. Dat zij die informatie niet kan krijgen van de betrokken zorgaanbieders, komt niet voor rekening van de ziektekostenverzekeraar
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij gebruik heeft gemaakt van een matrix van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland om de duur van de registraties te bepalen. In het geval van verzoekster zijn met name de hoogte van het bedrag en de stelselmatigheid van de fraude van belang geweest voor het bepalen van de duur van de registraties. De ziektekostenverzekeraar is hierbij uitgekomen op acht jaren en ziet geen reden om de duur te verminderen.

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 A.22. van de verzekeringsvoorwaarden van 2022, 2023 en 2024.

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 relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW), het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar een aan verzoekster ten laste van de zorgverzekering uitgekeerd bedrag voor vervoerskosten terugvordert, omdat sprake zou zijn van fraude in de zin van artikel A.6.4. van verzekeringsvoorwaarden van 2022 en 2023 en artikel A.6 van de verzekeringsvoorwaarden van 2024. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in dat kader een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals deze zijn vermeld onder het kopje 'Wat zijn de gevolgen?' van de beslissing van 30 september 2024. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in de artikelen A.6.4. en A.15.1. van de verzekeringsvoorwaarden van 2022 en 2023 en de artikelen A.6. en A.15. van de verzekeringsvoorwaarden van 2024.

6.3. 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.

Veronderstelde fraude

6.4. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden het recht op uitkering vervalt. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.

6.5. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster kosten van zittend ziekenvervoer heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en deze gedeeltelijk vergoed heeft gekregen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster vervoer naar zorgaanbieders heeft gedeclareerd op dagen dat een telefonisch consult heeft plaatsgevonden, er in het geheel geen zorg is verleend, dan wel bewijs ontbreekt dat zorg is verleend en/of waarvan een onderbouwing voor het recht op uitkering ontbreekt. Volgens de ziektekostenverzekeraar is een bedrag van totaal € 9.897,77 ten onrechte vergoed, bestaande uit € 6.003,09 voor vervoer naar en van Nij Smellinghe en € 3.894,68 naar en van andere zorgaanbieders. Ter onderbouwing hiervan heeft hij een overzicht overgelegd waaruit blijkt op welke dagen volgens hem ten onrechte zittend ziekenvervoer is gedeclareerd. Verzoekster heeft aangevoerd dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om aan te tonen dat geen zorg is genoten op dagen dat vervoer is gedeclareerd. Zij heeft in dit verband verklaard dat regelmatig belconsulten zijn omgezet in fysieke consulten, maar dat dit door de zorgaanbieders niet goed is geregistreerd. Ook heeft zij al veel informatie aangeleverd en is zij erg ziek. Meer informatie is er niet, en voor zover deze er wel zou zijn, is zij niet in staat deze bij de zorgaanbieder op te halen. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Zoals onder 6.4. overwogen is verzoekster als verzekeringnemer verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Daarnaast geldt op grond van artikel 150 Rv en de jurisprudentie dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben, op basis van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder die verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het lag daarom op de weg van verzoekster de benodigde informatie aan te leveren waaruit blijkt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. Verzoekster heeft geen informatie overgelegd waaruit blijkt dat op de door de ziektekostenverzekeraar in zijn overzicht genoemde data zorg heeft plaatsgevonden, waardoor ook geen aanspraak bestaat op het hiermee verband houdend vervoer. Haar suggestie dat belconsulten regelmatig fysieke consulten zijn geworden, is niet met stukken onderbouwd. Verzoekster heeft weliswaar opgemerkt dat dit zou blijken uit haar patiëntendossier, maar hiervan

heeft zij geen enkel bewijs geleverd. De commissie acht haar suggestie daarbij weinig geloofwaardig, in ieder geval wat betreft het vervoer naar en van Nij Smellinghe, gelet op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde verklaring van dit ziekenhuis van 24 september 2024. Dat bij Nij Smellinghe nog informatie over de afspraken aanwezig zou zijn waaruit de juistheid van de stellingen van verzoekster blijkt is om diezelfde reden onwaarschijnlijk.
Naar het oordeel van de commissie is de ziektekostenverzekeraar er aldus in geslaagd concrete feiten en omstandigheden naar voren te brengen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet is gebleken. Dit betekent dat verzoekster de vooropgezette bedoeling heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Verzoekster is er niet in geslaagd deze conclusie te ontzenuwen, zodat sprake is van fraude als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

Terugvordering

6.6. Aangezien onder 6.5. is vastgesteld dat verzoekster een groot deel van de door haar gedeclareerde vervoerskosten, te weten een bedrag van totaal € 9.897,77 ten onrechte vergoed heeft gekregen, mocht de ziektekostenverzekeraar dit bedrag van haar terugvorderen. Dit is immers zonder rechtsgrond, en daarmee onverschuldigd, betaald.

Verdere maatregelen

6.7. De conclusie dat sprake is van fraude leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was, op grond van artikelen A.6.4. en A.15.1. van de verzekeringsvoorwaarden van 2022 en 2023 en de artikelen A.6. en A.15. van de verzekeringsvoorwaarden van 2024 verdere maatregelen aan verzoekster op te leggen. In dat verband heeft hij haar persoonsgegevens voor de duur van 8 jaren opgenomen in het EVR, het Incidentenregister, het IVR en de Gebeurtenissenadministratie. De commissie overweegt daarover als volgt.

6.8. De verwerking van persoonsgegevens is aan regels gebonden. Deze zijn vastgelegd in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna: AVG). Voor zover verwerking is toegestaan om de veiligheid en integriteit van de dienstverlening in de financiële sector te beschermen op grond van artikel 6, eerste lid, onder 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 opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI) waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De ziektekostenverzekeraar 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 .

6.9. Gelet op hetgeen onder 6.5. is overwogen, is sprake van opzettelijke misleiding door verzoekster. 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 eerder genoemd beginsel van subsidiariteit.

6.10. Waar het gaat om de proportionaliteit heeft de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster voor de maximumtermijn van 8 jaren – tot 10 juni 2032 - opgenomen in het Incidentenregister en in het EVR. Bij zijn afweging van de proportionaliteit heeft hij de stelselmatigheid van de fraude en de hoogte van het bedrag betrokken. 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 8 jaren proportioneel is. Dit geldt ook voor de registratie in het Incidentenregister. Ook hier is gelet op de omvang van de fraude en het stelselmatige karakter hiervan, gekomen tot een registratie voor de duur van 8 jaren. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar in zijn afweging op grond van artikel 6, eerste lid, onder f, AVG volgen.

6.11. 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 Gebeurtenissenadministratie 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 Gebeurtenissenadministratie 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. Ook hier is gekomen tot een registratie voor de duur van 8 jaren gelet op de omvang van de fraude en het stelselmatige karakter hiervan. 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, eerste lid, onder f, AVG.

Onderzoekskosten

6.12. In de artikelen A.6.4. en A.15.1. van de verzekeringsvoorwaarden van 2022 en 2023 en de artikelen A.6. en A.15 van de verzekeringsvoorwaarden van 2024 is bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. Voor de omvang van de vermogensschade zijn artikel 6:96 BW en de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde jurisprudentie van de Hoge Raad bepalend. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 2.364,-- bedragen. Voor een onderbouwing van de uitgevoerde werkzaamheden heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn brief van 30 september 2024. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg, die weliswaar door verzoekster is weersproken, maar zonder nadere onderbouwing, is de commissie van oordeel dat de onderzoekskosten in redelijkheid zijn gemaakt en dat de hoogte ervan eveneens redelijk is, zodat deze terecht in rekening zijn gebracht.

Slotsom

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2026,

J.W. Heringa

A.5.8. Bij einde van de zorgverzekering die CAK heeft gesloten

Als u op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht bent een zorgverzekering te sluiten, kan het zijn, dat u desondanks niet verzekerd was en CAK voor u bij ons een zorgverzekering heeft gesloten.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende 2 weken vanaf het moment dat CAK u dat heeft medegedeeld, beëindigen met terugwerkende kracht, als u aan CAK en aan ons aantoont dat u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;

- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.5.1. Einde van een verzekering

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u hebt gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beëindigen. Wij informeren u hierover ten minste 6 maanden voor het moment van beëindiging. Als wij de verzekering vervangen door een andere verzekering informeren wij u tenminste 3 maanden voor deze wijziging.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, vertragingsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.
De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitkorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperio-

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen 30 dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen 30 dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen 30 dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt / worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen
Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen met betrekking tot zorg die onder de dekking van de verzekering(en) kan komen.

Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)
Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

Geen overeenkomsten met derden
U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

Gevolgen bij geen medewerking
Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

A.15. Doorgeven van informatie

A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Delen van informatie

Uitsluitend als het van belang is voor een correcte uitvoering van uw verzekering(en) en bijbehorende voorwaarden delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens zoals pakketsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens. Het doel is om onder andere:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- de uitbetaalde kosten van verzekerde zorg op derden te verhalen, zoals een reisverzekeraar bij verleende zorg in het buitenland.

A.15.4. Actuele adres

Wij gaan ervan uit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.16. Privacy en controle

A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).
Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)-gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze website.

A.16.2.

VERVALLEN

A.16.3.

VERVALLEN

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssytemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.
In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoopt op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en

(nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald heeft, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging heeft u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:
- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:
- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons heeft afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht heeft, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze heeft gesloten. Wij verrekenen de premie die u heeft betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:
- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beeindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.5.1. Einde van een verzekering

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u heeft gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beeindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, heeft u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

Gevolgen bij geen medewerking
Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

A.15. Doorgeven van informatie

A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u heeft daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Delen van informatie

Uitsluitend als het van belang is voor een correcte uitvoering van uw verzekering(en) en bijbehorende voorwaarden delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens zoals pakketsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens. Het doel is om onder andere:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- de uitbetaalde kosten van verzekerde zorg op derden te verhalen, zoals een reisverzekeraar bij verleende zorg in het buitenland.

A.15.4. Actuele adres

Wij gaan ervan uit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door heeft gegeven.

A.16. Privacy en controle

A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).
Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)-gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze website.

A.16.2.

VERVALLEN

A.16.3.

VERVALLEN

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssytemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw

medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.
In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoopt op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:
- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:
- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners heeft u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en
- een zorgverlener in Nederland voldoet aan de eisen en regels, die bij en/of krachtens wetten aan zijn beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld, zodat hij zodoende bevoegde zorg levert. Zo moet een in Nederland gevestigde zorgverlener voldoen aan de eisen die bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gesteld en moeten zorgverleners zich houden aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). In Nederland gevestigde zorgverleners moeten voorts ook voldoen aan de eisen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):
  - artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander door ons als gelijkwaardig beschouwd register. Bijvoorbeeld registratie als laboratoriumspecialist klinische chemie bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVCK);
  - van andere dan deze zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgverleners betreft die op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd en die rechtmatig de aan die opleiding verbonden titel of het onderscheidingsteken voeren; en
- de zorgverlener die de zorg levert, ook beschikt over een AGB-code; en
- een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

A.17.3. Hoofdaannemer

Een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut) is een zorgverlener zoals bedoeld in artikel A.17.1. Een hoofdaannemer heeft bovendien de volgende kenmerken:
- de hoofdaannemer heeft rechtspersoonlijkheid en contracteert in een samenwerkingsverband meerdere betrokken zorgverleners van verschillende disciplines, bijvoorbeeld een huisarts en diëtist die de daadwerkelijke zorg verlenen.
- de hoofdaannemer kan verschillende vormen van zorg leveren (zie artikelen B.3.1., B.11. en B.23.).
- de hoofdaannemer is verantwoordelijk voor het toezien op de handhaving van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en de levering van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan moet voldoen: de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement.

Verzekering voor iemand anders
Had u (verzekeringnemer) een verzekering voor iemand anders gesloten? En heeft deze verzekerde zelf een verzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze eerste verzekering ook in de loop van het jaar opzeggen.

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?
- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.
- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:
- Verzekerde (begrippen)
- Verzekeringnemer (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen
Heeft het CAK voor u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dat kan als u geen basisverzekering heeft maar deze wel zou moeten hebben volgens de zorgverzekeringswet.

Kunt u deze verzekering opzeggen?
Dit kan als u aan ons en aan CAK kunt bewijzen dat u zelf al een andere basisverzekering heeft afgesloten. U moest deze afsluiten binnen 3 maanden na de mededeling van CAK dat u onterecht niet verzekerd was.

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?
Binnen 2 weken nadat CAK u heeft meegedeeld dat zij voor u een basisverzekering bij ons heeft afgesloten. De verzekering stopt dan op de ingangsdatum, alsof deze niet heeft bestaan.

In alle andere gevallen kunt u de basisverzekering van het CAK de eerste 12 maanden niet opzeggen.

Zie ook:
CAK (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?
U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:
- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:
- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist
In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering
Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:
- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont.
  Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.
- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt.
  U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering
Bent u verzekerd voor een basisverzekering terwijl u niet verplicht verzekerd moet zijn? Dan beëindigen wij uw basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Dat betekent dat de basisverzekering nooit heeft bestaan.

Bij misdrijf of overtreding
Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:
- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren
Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering
Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.
Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)
Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?
U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.
U kunt korting krijgen op uw premie:
- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:
- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten;

- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat u in hechtenis bent genomen, in de gevangenis zit of als u daartoe veroordeeld bent.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat uw hechtenis of gevangenschap is gestopt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt als de huidige verzekeringnemer niet meer zelfstandig over zijn vermogen mag beschikken.
- U moet ons binnen 30 dagen na overlijden van de verzekeringnemer laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt.

Zie ook:
- (Medisch) adviseur (begrippen)
- Verzekeringnemer (begrippen)

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft
U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:
- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen
Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:
- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres
U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.
Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Privacy
Wij verwerken alleen gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Dit doen wij volgens de voorwaarden die we met u hebben afgesproken. We bewaren deze gegevens in onze administratie.
We verwerken uw persoonsgegevens volgens:
- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 96

1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.

2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:

   a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
   b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
   c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.

3. Lid 2 onder b en c is niet van toepassing voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende de proceskosten van toepassing zijn.

4. In geval van een handelsovereenkomst als bedoeld in artikel 119a lid 1 of artikel 119b lid 1 bestaat de vergoeding van kosten bedoeld in lid 2 onder c uit ten minste een bedrag van 40 euro. Dit bedrag is zonder aanmaning verschuldigd vanaf de dag volgende op de dag waarop de wettelijke of overeengekomen uiterste dag van betaling is verstreken. Hiervan kan niet ten nadele van de schuldeiser worden afgeweken.

5. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld voor de vergoeding van kosten als bedoeld in lid 2 onder c. Van deze regels kan niet ten nadele van de schuldenaar worden afgeweken indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. In dit geval mist artikel 241, eerste volzin, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering toepassing.

6. De vergoeding volgens de nadere regels kan indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, eerst verschuldigd worden nadat de schuldenaar na het intreden van het verzuim, bedoeld in artikel 81, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, waaronder de vergoeding die in overeenstemming met de nadere regels wordt gevorderd, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende de dag na aanmaning.

7. Indien een schuldenaar voor meer dan een vordering door een schuldeiser kan worden aangemaand als bedoeld in lid 6, dan dient dit in één aanmaning te geschieden. Voor de berekening van de vergoeding worden de hoofdsommen van deze vorderingen bij elkaar opgeteld.

8. Zijn op grond van eenzelfde rechtsverhouding termijnbetalingen verschuldigd en wordt aangemaand als bedoeld in lid 6 voor een termijnbetaling waarvoor op grond van de in lid 5 bedoelde algemene maatregel van bestuur de laagste vergoeding geldt, dan wordt voor de berekening van de vergoeding vanaf de dag dat wordt aangemaand, rekening gehouden met een of meerdere aanmaningen voor termijnbetalingen die geheel of gedeeltelijk onbetaald zijn gebleven in een periode van zes maanden voorafgaand aan de dag van de aanmaning.

De in de eerste zin genoemde algemene maatregel van bestuur bevat nadere regels voor de vergoeding. Hierin wordt, in afwijking van lid 7, tevens de vergoeding bepaald in het geval één aanmaning meerdere termijnbetalingen betreft.
Van dit lid kan niet ten nadele van de in lid 5 bedoelde schuldenaar worden afgeweken.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.