

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400311

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mr. C te D,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V., en
- 2) OWM CZ groep U.A., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 5 februari 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft eerst onderzocht of bemiddeling in deze zaak mogelijk was en heeft hiertoe informatie opgevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen geconcludeerd dat er geen ruimte was voor bemiddeling en dit telefonisch aan verzoekster meegedeeld. Daarna is het dossier overgedragen aan de commissie.
- 1.2. Bij brief van 21 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze brief en de bijlagen zijn op 29 augustus 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 respectievelijk 20 september 2024 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 20 september 2024 de voor hem belangrijkste punten op een rijtje gezet en toegelicht. Een kopie van deze brief is aan verzoekster gestuurd en zij heeft hierbij de mogelijkheid gekregen schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft hierop - ook na verkregen uitstel - niet gereageerd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeenten Extra uitgebreid en AV CZ Eigen Bijdrage WMO-Wlz (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster is op medische gronden aangewezen op verpleging en verzorging in de thuissituatie. Zij heeft de kosten van deze zorg gedurende enkele jaren via een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) vergoed gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Het PGB vv is vervolgens door de ziektekostenverzekeraar beëindigd. Verzoekster heeft vanaf

1 juni 2019 nota's gedeclareerd van zorg in natura geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 2.3. De ziektekostenverzekeraar is op enig moment een onderzoek gestart naar de gedeclareerde zorgnota's. Bij brief van 30 juli 2020 is verzoekster in het kader van het onderzoek uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 25 augustus 2020. Aansluitend heeft een persoonlijk gesprek met de dochter van verzoekster plaatsgevonden.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 december 2020 aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat zij fraude heeft gepleegd. Voor zover hier relevant heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende in zijn brief vermeld. Over de periode van 1 juni 2019 tot en met september 2020 is een bedrag van € 46.272,82 aan verzoekster vergoed, dat aantoonbaar niet aan zorg is besteed. Dit bedrag wordt van verzoekster teruggevorderd. Verder gaat de ziektekostenverzekeraar over tot het treffen van de volgende maatregelen:
 - de zorgverzekering van verzoekster wordt beëindigd met ingang van 1 januari 2021;
 - verzoekster mag gedurende vijf jaren geen verzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort;
 - de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte onderzoekskosten ten bedrage van € 1.020,- worden op verzoekster verhaald;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar voor de duur van 8 jaren;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (hierna: EVR) voor de duur van 8 jaren;
 - het dossier van verzoekster wordt gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (hierna: CBV).
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij het bedrag van € 46.272,82 aan teruggevorderde vergoedingen en de onderzoekskosten van € 1.020,- niet hoeft te voldoen aan de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast verzoekt zij de commissie te bepalen dat haar persoonsgegevens niet mogen worden opgenomen in het interne Incidentenregister en het EVR dan wel niet voor de duur van 8 jaren, en dat de melding bij het CBV ongedaan wordt gemaakt.
- 3.2. Verzoekster heeft in aanvulling op het verzoek om heroverweging van 20 april 2021 haar standpunten toegelicht. Zij betwist dat zij of haar dochter onjuiste informatie heeft verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoekster heeft de gecontracteerde zorgaanbieder voor wijkverpleging telefonisch aan haar dochter meegedeeld dat er een wachtlijst van zes weken was. Zij heeft nooit gesteld dat zij een aanvraag heeft ingediend bij deze zorgaanbieder. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar na het stopzetten van het PGB vv van verzoekster aan haar meegedeeld dat zij door hem zou worden bemiddeld naar een gecontracteerde zorgaanbieder voor wijkverpleging. Dit is niet gebeurd, en daarom heeft verzoekster zelf een zorgaanbieder gezocht.
Verzoekster stelt dat zij evenmin onjuiste informatie heeft verstrekt aan de indicierend wijkverpleegkundige. Het was volgens haar voor alle partijen duidelijk dat het ging om zorg in natura. Waarom destijds een onjuist formulier is ingevuld, is verzoekster niet bekend. Verzoekster betwist dat sprake is van een vervalste handtekening van de wijkverpleegkundige. Als hiervan al sprake zou zijn, dan heeft zij, of haar dochter, hier niets mee te maken. De dochter van verzoekster heeft op 25 september 2019 nog een brief ontvangen van de gecontracteerde zorgaanbieder voor wijkverpleging over de herindicatie PGB vv. In deze brief wordt niet gesproken over het vervalsen van een handtekening.

- 3.3. Verzoekster heeft verklaard dat zij over de periode van juni 2019 tot en met september 2020 facturen ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze zou binnen tien dagen moeten reageren op een verzoek voor akkoordverklaring. Echter heeft de beoordeling maandenlang geduurd. De betreffende zorg is in die periode wel aan verzoekster verleend, en zij moest het verschil tussen het door de ziektekostenverzekeraar betaalde bedrag en de kosten van de daadwerkelijk verleende zorg wel alvast betalen aan de zorgaanbieder. Om dit te kunnen voldoen, heeft zij een onderhandse lening afgesloten bij een kennis. Het geleende bedrag is contant betaald aan verzoekster. Uit de door haar overgelegde bankafschriften blijkt dat zij in de maanden september tot en met november 2020 ook € 20.000,- heeft afgelost aan deze kennis. Verzoekster heeft een deel van de facturen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder contant voldaan. Zij heeft zes contante betalingen verricht aan deze zorgaanbieder. Dit betreft in totaal € 54.250,-. Zij heeft hiervan vier kwitanties aan de ziektekostenverzekeraar overgelegd, maar deze zijn niet compleet. Verzoekster merkt hierbij op dat het door haar als voorschot aan de zorgaanbieder betaalde bedrag hoger is dan het bedrag dat uiteindelijk overbleef na aftrek van het door de ziektekostenverzekeraar vergoede bedrag.
- 3.4. Het klopt dat door de zorgaanbieder aangepaste facturen zijn verstrekt en dat deze zijn ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Het totaalbedrag van de aangepaste facturen is echter lager dan dat van de eerder ingediende facturen. Het is dus niet zo dat nadien een hoger bedrag is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de aangepaste facturen alsnog een vergoeding toegekend.
- 3.5. Verzoekster heeft de door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde vergoeding voor de facturen van de zorgaanbieder grotendeels gebruikt om de eerder bij een kennis aangegane lening - ten behoeve van het betalen van de zorgkosten - af te lossen. Uit de kwitanties blijkt dat de vergoedingen daadwerkelijk zijn gebruikt voor het betalen van de verleende zorg. Het klopt dat met de vergoedingen van de ziektekostenverzekeraar maar enkele betalingen aan de zorgaanbieder zijn verricht. Verzoekster had die kosten immers al eerder betaald. Het is volgens haar niet juist dat de meeste betalingen zijn overgeboekt naar de bankrekening van haar dochter. Een aantal betalingen is overgeboekt naar een en/of-rekening die tevens op naam van haar ex-partner staat. Verzoekster ontkent dat een bedrag van € 46.272,82 aantoonbaar niet aan zorg is besteed. Volgens verzoekster ontbreekt daarmee de grondslag voor terugvordering van dit bedrag. Verzoekster benadrukt dat haar dochter sinds het beëindigen van het PGB vv geen zorg meer aan haar heeft verleend. Haar dochter heeft een dienstverband en heeft dus haar eigen werkzaamheden.
- 3.6. In het klachtenformulier van 5 februari 2024 heeft verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft gesteld dat ten aanzien van het door hem gevorderde bedrag van € 46.272,82 geen navolgbare betalingen zijn gedaan. Met betrekking tot de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten heeft verzoekster gesteld dat een onderbouwing hiervan ontbreekt, evenals een urenspecificatie. Een besluit tot opname van persoonsgegevens in het EVR dient zorgvuldig te worden gemotiveerd. Ook dient een belangenafweging plaats te vinden, waarbij het proportionaliteitsbeginsel in acht moet worden genomen. Het besluit van de ziektekostenverzekeraar is op dit punt op geen enkele wijze gemotiveerd. Verzoekster verwijst in dit verband naar het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Zij maakt tevens bezwaar tegen duur van de registratie van 8 jaren. Ook de melding van haar dossier bij het CBV is volgens verzoekster niet gemotiveerd en voldoet niet aan het proportionaliteitsbeginsel.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 december 2020 aan verzoekster meegedeeld dat hij na onderzoek heeft geconcludeerd dat zij fraude heeft gepleegd. Hij heeft hiertoe

aangevoerd dat verzoekster van 1 januari 2015 tot en met 15 mei 2019 een PGB vv heeft gehad, maar dat dit PGB is beëindigd wegens onregelmatigheden. Door haar werd dubbel gedeclareerd, waardoor zij € 62.219,12 teveel aan PGB ontving. Verzoekster is daarna doorbemiddeld naar een gecontracteerde zorgaanbieder voor wijkverpleging. Vanaf 1 juni 2019 heeft verzoekster zorg in natura via een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gedeclareerd. Volgens haar dochter kon verzoekster namelijk niet tijdig worden geholpen door de gecontracteerde zorgaanbieder. Uit onderzoek is echter gebleken dat deze zorgaanbieder nooit een aanvraag heeft ontvangen en dat dus ook geen sprake was van opname in een wachtrij. Er is door de dochter van verzoekster dus onjuiste informatie verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar.

- 4.2. Op 14 mei 2019 is een indicatie gesteld door een indicierend wijkverpleegkundige. Uit onderzoek is gebleken dat deze niet heeft geïndiceerd voor wijkverpleging, zorg in natura, maar voor een PGB vv. De indicierend wijkverpleegkundige is door verzoekster onjuist geïnformeerd, waardoor zij een indicatie voor een PGB vv heeft afgegeven. Deze gegevens zijn gebruikt voor de benodigde indicatie voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hiervoor echter geen toestemming verleend. Op de machtigingsaanvraag voor zorg in natura staan echter wel de handtekening en paraaf van de indicierend wijkverpleegkundige. Dit wijst op een vervalst document, aldus de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Verzoekster heeft in de periode van juni 2019 tot en met september 2020 facturen gedeclareerd voor zorg die is verleend door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In totaal is een bedrag van € 106.603,98 gedeclareerd. De ingediende nota's zijn niet volledig vergoed, omdat er meer uren zijn gedeclareerd dan waarvoor de akkoordverklaring was verstrekt, en omdat het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft. Er is € 63.766,28 aan verzoekster betaald. Dit betekent dat een bedrag van € 42.837,70 voor rekening van verzoekster zou blijven.
- 4.4. Op 19 augustus 2020 heeft verzoekster aangepaste facturen ingediend. Het gaat om facturen van de maanden december 2019 tot en met juni 2020. Vanwege deze aanpassing is een bedrag van € 6.115,82 nabetaald. Verzoekster is hierover geïnformeerd bij brief van 26 augustus 2020. De dochter van verzoekster heeft tijdens voornoemd gesprek verklaard dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar haar heeft verteld dat deze facturen in uren moesten worden aangepast. Ook zou de medewerker haar hebben verteld hoeveel uren zij precies op de facturen moest vermelden. Uit onderzoek is gebleken dat een dergelijke toezegging niet is gedaan door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat deze facturen zijn aangepast.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bankafschriften ontvangen van verzoekster. Hieruit maakt de ziektekostenverzekeraar op dat de bedragen, die hij aan verzoekster heeft overgemaakt, in de meeste gevallen zijn overgeboekt naar de rekening van de dochter van verzoekster. Vanaf die rekening zijn slechts enkele bedragen overgemaakt aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het overgrote deel van de vergoedingen is gebruikt voor andere zaken, zoals boodschappen, shopactiviteiten en het aflossen van een schuld. Het gaat om een bedrag van totaal € 46.272,82 dat aantoonbaar niet aan zorg is besteed. Dit bedrag wordt van verzoekster teruggevorderd.

De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij het vermoeden heeft dat de dochter van verzoekster de zorg aan haar heeft verleend in plaats van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit vermoeden heeft hij tijdens het gesprek op 25 augustus 2020 ook uitgesproken.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij bij de bepaling van de duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR een afweging heeft gemaakt tussen de belangen van verzoekster en die van de financiële instellingen. De schending van zijn vertrouwen in verzoekster is zo ernstig dat hij het belangrijk vindt om haar gegevens voor de duur van acht jaren in het waarschuwingsregister op te nemen.

- 4.6. In de heroverweging van 13 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling op het voorgaande het volgende aangevoerd. Anders dan verzoekster heeft gesteld, is de

ziekttekostenverzekeraar van mening dat aan de hand van de overgelegde verklaring van de zorgaanbieder in combinatie met de aanwezige kwitanties, niet aannemelijk is gemaakt dat verzoekster daadwerkelijk - in deze omvang - zorgkosten heeft betaald.

De ziektekostenverzekeraar acht de kwitanties, die hij pas bij het verzoek om heroverweging heeft ontvangen, niet geloofwaardig. In algemene zin is het bijzonder als maanden na een afgesloten, uitgebreid fraudeonderzoek nog kwitanties worden overgelegd. Daarnaast heeft de dochter van verzoekster - die haar administratie verzorgt - bij e-mailbericht van 31 augustus 2020 bevestigd dat zij alle aanwezige administratie aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Dit gebeurde op de nadrukkelijke vraag van de onderzoeker of er naast de vier eerder gestuurde kwitanties nog andere bewijzen van contante betalingen waren. Bovendien lopen de verhalen rondom het bestaan van de kwitanties uiteen. Zo heeft verzoekster eerder nadrukkelijk verklaard dat zij de lening had afgesloten om het niet-verzekerde deel van de zorg te kunnen betalen (het door de ziektekostenverzekeraar afgewezen deel van de totale kosten van € 106.603,98, een bedrag van € 42.837,70). Dit staat ook in de conclusie van de brief van 18 december 2020. In het verzoek om heroverweging wordt daarentegen gesteld dat dit geld moest worden geleend ter overbrugging van de periode dat een akkoordverklaring moest worden afgewacht, en de vergoeding zou worden uitgekeerd. Zelfs als verzoekster eerder niet anders zou hebben verklaard, is deze stelling niet navolgbaar. Zo zijn er kwitanties van 1 oktober 2019 en 7 november 2019 ten bedrage van respectievelijk € 1.800,- en € 10.000,- overgelegd. Verzoekster had toen al een akkoordverklaring met een looptijd van 22 augustus 2019 tot 1 december 2019. Op het moment van deze twee hoge kwitanties was dus geen sprake van een overbruggingsperiode.

- 4.7. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de verklaring van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder zeer minimaal is, niet is gedateerd en geenszins duidelijkheid biedt over bedragen en op welke nota een betaling ziet. Daarnaast wordt gesproken over het betalen van voorschotten. Dit sluit niet aan bij het verhaal van verzoekster dat nota's zijn betaald met geleend geld, omdat sprake was van een overgangperiode naar zorg in natura. Redelijkerwijs wordt voor wijkverpleging alleen de openstaande factuur betaald en niet voor maanden vooraf.
- 4.8. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat een deel van de betalingen is overgeboekt naar de gezamenlijke rekening van haar en haar ex-partner, merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Als vanaf die rekening betalingen zouden zijn verricht aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan neemt de ziektekostenverzekeraar aan dat hiervan bewijs zou zijn overgelegd.
- 4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat hoe dan ook nog een aanzienlijk bedrag van € 34.860,52 van de totale betaling die verzoekster zou zijn verschuldigd aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet is verantwoord door middel van kwitanties of bancaire betalingen. Daarnaast weegt de ziektekostenverzekeraar mee dat er geen schriftelijk bewijs is van de gestelde onderhandse lening. Verder is het opmerkelijk dat een lening voor een dergelijk hoog bedrag contant zou zijn verstrekt. Ook is het niet aannemelijk dat een formele zorgaanbieder wordt betaald met contant geld. De bedragen van de kwitanties zijn daarnaast niet te koppelen aan de bedragen die worden vermeld op de nota's. Tevens weegt de ziektekostenverzekeraar mee dat fraude is gepleegd met de eerste indicatie voor niet-gecontracteerde wijkverpleging die is ontvangen via de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieder, waarvoor de indicerende wijkverpleegkundige werkt, heeft verklaard dat door haar alleen een indicatie voor een PGB vv is afgegeven. De door de ziektekostenverzekeraar ontvangen aanvraagformulieren voor niet-gecontracteerde wijkverpleging bevatten echter zowel de inhoudelijke indicatie van voornoemde wijkverpleegkundige als haar naam, BIG-nummer en AGB-code. Het gaat dus om vervalste formulieren met handtekening en paraaf. Dit moet verzoekster hebben gedaan of zij heeft minimaal hieraan meegewerkt, aangezien alleen zij de indicatie voor een PGB vv had.
- 4.10. Verzoekster heeft een akkoordverklaring gehad voor een bepaald aantal uren zorg per week op basis van een bepaalde indicatie. Daarmee is echter niet zonder meer aannemelijk dat deze uren ook nodig waren en zijn verleend. De zorgaanbieder wiens verklaring is gebruikt, heeft

verklaard dat hij voor de indicatiestelling uitging van de eerdere aanvraag voor een PGB vv en de toelichting van de dochter van verzoekster dat de situatie was verslechterd. De indicerend zorgaanbieder was weliswaar van mening dat er zorg nodig was, maar kon de geïndiceerde uren niet onderbouwen op basis van eigen waarneming of op andere wijze verrichte objectivering. Ook het feit dat de ziektekostenverzekeraar medio 2020 met terugwerkende kracht een hoge akkoordverklaring heeft afgegeven, betekent niet dat deze zorg nodig was dan wel dat deze in die mate is geleverd. Dit betekent alleen dat de ziektekostenverzekeraar 'het overige van de indicatie' op basis van het dossier en het gesprek met de indicerend wijkverpleegkundige niet gemotiveerd kon afwijzen.

- 4.11. De ziektekostenverzekeraar vermoedt dat de zorg, zoals deze door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gedeclareerd, niet dan wel niet in die mate aan verzoekster is verleend. Hierbij speelt mee dat in de opgevraagde zorgadministratie iedere dag dezelfde zorgverlener is vermeld. Dit is simpelweg niet mogelijk, waardoor de conclusie moet luiden dat deze administratie niet kan kloppen. Bovendien bevat elke dag dezelfde informatie. Dit versterkt het vermoeden dat deze rapportage achteraf is opgesteld. Daarnaast vermoedt de ziektekostenverzekeraar dat een constructie is opgezet met de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, om de feitelijke zorg te laten verlenen door de dochter van verzoekster. Dit zou tevens betekenen dat de door verzoekster gedeclareerde kosten ten onrechte tegen het hogere, professionele tarief zijn opgevoerd. Hierbij speelt voor de ziektekostenverzekeraar mee dat hij verzoekster wilde bemiddelen naar een goede, gecontracteerde zorgaanbieder, waarbij geen eigen bijdrage zou gelden. Zelfs als verzoekster geen tijdige zorg kon vinden en aan het wachten was op een telefoontje van de ziektekostenverzekeraar, is het niet te volgen dat zij in haar situatie heeft gekozen voor een zeer dure, niet-gecontracteerde zorgaanbieder met een hoge eigen bijdrage. Zeker nu zij heeft gesteld dat zij hiervoor een zeer hoge lening bij een kennis moest afsluiten. Het is daarbij opvallend dat verzoekster en/of haar dochter tijdens de vele contactmomenten in de betreffende periode nooit heeft gevraagd om bemiddeling en/of ondersteuning.
- 4.12. Ten aanzien van de opgelegde maatregelen heeft de ziektekostenverzekeraar in de heroverweging van 13 februari 2023 verwezen naar de artikelen A.6.4 en A.15.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 5.2.1, 5.3.1 en 5.3.2 het Protocol Incidentenwaarschuwingensysteem Financiële Instellingen. De ziektekostenverzekeraar acht een registratie in het EVR voor de duur van 8 jaren terecht, omdat vaststaat dat de ingestuurde indicatie voor niet-gecontracteerde wijkverpleging is vervalst, én de kosten waarop de fraude betrekking heeft meer bedragen dan € 20.000,-, én sprake is van een recidive aangezien verzoekster bij het PGB vv (voorafgaand aan de zorg in natura) ook heeft gefraudeerd. Ten aanzien van het beroep van verzoekster op het proportionaliteitsbeginsel, ziet de ziektekostenverzekeraar geen onderbouwing van haar kant waarom de getroffen maatregelen niet proportioneel zouden zijn. De ziektekostenverzekeraar merkt ten slotte op dat voor de melding bij het CBV dezelfde inhoudelijk gronden gelden als voor de melding bij het EVR. Het CBV is overigens per 2022 opgeheven.
- 4.13. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd ook toegelicht hoe een en ander met de verschillende aanvragen en akkoordverklaringen is verlopen. Hij heeft hieraan toegevoegd dat - als hij een en ander chronologisch naast elkaar legt - het structureel niet of slechts gedeeltelijk doorzetten aan de zorgaanbieder van de sinds augustus 2019 uitgekeerde vergoedingen door verzoekster en/of haar dochter niet is te verklaren door een lange looptijd van de aanvraagprocedure en het lenen van geld voor de in de tussentijd benodigde zorg. In augustus 2019 is een akkoord afgegeven tot en met november 2019, maar in oktober en november 2019 is geen geld overgemaakt naar de zorgaanbieder. En in september 2019 is door verzoekster minder betaald aan de zorgaanbieder dan door de ziektekostenverzekeraar was vergoed.
- 4.14. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 20 september 2024, gericht aan de commissie, de voor hem belangrijkste punten nogmaals op een rij gezet. Hij licht toe dat achteraf is gebleken dat hij bij de aanvraag voor zorg door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor verzoekster een vervalste indicatie heeft ontvangen. De uitleg van verzoekster en haar dochter over de

ontbrekende of gedeeltelijke betalingen aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder is volgens de ziektekostenverzekeraar tussendoor gewijzigd. De lening zou eerst zijn gebruikt voor het betalen van de kosten die niet voor vergoeding in aanmerking kwamen, en daarna om in afwachting van een akkoord de zorgkosten bij wijze van voorschot te voldoen. Voor beide verhalen ontbreekt echter een goede onderbouwing.

Naast dat het zou gaan om contante betalingen van zeer hoge bedragen, en er ook geen bewijs van een lening is overgelegd, had verzoekster ten tijde van deze vermeende contante betalingen al een akkoordverklaring ontvangen en kreeg zij vergoedingen van de ziektekostenverzekeraar overgemaakt. Er is geen logische reden waarom de door verzoekster ontvangen bedragen niet (geheel) zijn overgemaakt aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 4.15. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat verzoekster in bepaalde mate zorgbehoevend was. Er is door haar echter niet aannemelijk gemaakt dat door een professionele wijkverpleegkundige zorg is verleend, zoals door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd, en ook in de omvang zoals gedeclareerd en tegen het op de nota's vermelde tarief, en dat dit tarief ook was verschuldigd aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 4.16. Hoewel het gaat om een aanzienlijke terugvordering en een set aan maatregelen, en de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor de situatie van verzoekster, benadrukt hij dat het hier een serieuze situatie betreft, waarbij geen goede verklaring is gegeven voor de vele ontbrekende betalingen aan de zorgaanbieder. Dit terwijl sprake is van hoge gedeclareerde bedragen. De ziektekostenverzekeraar acht fraude bewezen ten aanzien van zowel de betalingen als de indicatie.

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.23 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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) 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 zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de terugvordering en de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen, voor zover deze zijn bestreden door verzoekster.

Veronderstelde fraude

- 6.3. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar een aan verzoekster ten laste van de zorgverzekering uitgekeerd bedrag voor verpleging en verzorging door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terugvordert, omdat sprake zou zijn van fraude in de zin van artikel A.6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

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 18 december 2020. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen

in geval van fraude zijn opgenomen in de artikelen A.6.4 en A.16.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.4. De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster hem opzettelijk heeft misleid.

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. Uit het dossier blijkt dat verzoekster eerder een PGB vv had, dat met ingang van 16 mei 2019 is beëindigd wegens vastgestelde onregelmatigheden. Dat verzoekster is aangewezen op verpleging en verzorging staat tussen partijen niet ter discussie. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou zij daarom worden bemiddeld naar zorg in natura. Of hierin door de ziektekostenverzekeraar - al dan niet samen met verzoekster, dan wel de dochter van verzoekster die voor haar de administratie en communicatie verzorgt - stappen zijn gezet, blijkt niet uit het dossier. In het dossier is wel een aanvraagformulier voor een PGB vv aanwezig, dat op 14 mei 2019 is gedateerd.

De indicierend wijkverpleegkundige is werkzaam bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en zij heeft het formulier ondertekend. In het dossier zit echter ook een aanvraagformulier voor zorg in natura, dat eveneens is gedateerd op 14 mei 2019. Ook dit formulier is ondertekend door voornoemde wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat deze laatste handtekening is vervalst.

De commissie overweegt dat beide aanvraagformulieren met de hand zijn ingevuld. Hierbij valt op dat het handschrift op de aanvraag voor het PGB vv afwijkt van dat op het aanvraagformulier voor zorg in natura. Dit valt met name op bij de letters 'W' en de 'Z' en bij de cijfers 1 en 7.

De handtekeningen van de wijkverpleegkundige lijken op beide aanvragen ook te verschillen.

Daarnaast merkt de commissie op dat het niet in de rede ligt dat op dezelfde datum twee verschillende aanvraagformulieren zouden zijn ingevuld voor exact dezelfde zorg, maar met een andere bekostigingsmethodiek. Verzoekster heeft hiervoor geen afdoende verklaring gegeven, terwijl de gecontracteerde zorgaanbieder op 20 september 2019 heeft verklaard dat hem alleen de aanvraag voor het PGB vv bekend is.

De gecontracteerde zorgaanbieder heeft tevens nadrukkelijk verklaard dat de aanvraag voor zorg in natura niet is ingevuld door de voor hem werkzame wijkverpleegkundige. De commissie concludeert uit het hiervoor genoemde samenstel aan feiten dat het aanvraagformulier voor zorg in natura valselijk is opgemaakt. Dit kan verzoekster worden toegerekend, omdat de aanvraag door of namens haar ingediend en zij het formulier mede heeft ondertekend, terwijl zij met de ware aard der zaken bekend mocht worden verondersteld.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft - onweersproken - gesteld dat door verzoekster totaal € 106.603,98 is gedeclareerd voor zorg in natura door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en dat van dit bedrag € 63.766,28 is uitbetaald op de bankrekening van verzoekster. Volgens de ziektekostenverzekeraar is uit zijn onderzoek gebleken dat een bedrag van € 46.272,82 aantoonbaar niet aan zorg is besteed. Dit is door verzoekster bestreden. Zij stelt dat dit bedrag door haar contant aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder is betaald, waarbij zij verwijst naar een zestal kwitanties die zijn opgesomd in haar brief van 20 april 2021.

De commissie overweegt dat in het dossier geen facturen aanwezig zijn die betrekking hebben op de periode waarop het geschil ziet, of uitkeringsbesluiten waarop is vermeld welk bedrag is vergoed. Daarnaast zijn alleen de kwitanties van 17 april 2020 en 24 juli 2020 overgelegd. De

ziektekostenverzekeraar heeft een specificatie aangeleverd van de bedragen die door hem aan verzoekster zijn uitbetaald, welke bedragen hiervan zijn overgemaakt naar de rekening van de dochter van verzoekster, en welke bedragen zijn overgemaakt naar de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster heeft dit overzicht - behoudens de door haar gestelde contante betalingen - niet bestreden, en daarom gaat de commissie uit van de juistheid hiervan.

Ten aanzien van de betalingen van zorgkosten die niet worden verklaard door de bankoverschrijvingen heeft verzoekster verklaard dat deze contant zijn verricht. Zij heeft gesteld dat zij hiervoor een onderhandse lening heeft afgesloten en dat het bedrag contant aan haar is uitbetaald. Documentatie over de betreffende lening is niet door of namens verzoekster verstrekt; evenmin is daarvan bewijs aangeboden. De wel in het dossier aanwezige kwitantie van 17 april 2020 vermeldt een betaling van € 13.000 voor de maanden maart, april en mei 2020. De kwitantie van 24 juli 2020 vermeldt een betaling van € 14.000 voor de maanden juni, juli en augustus 2020. De commissie overweegt dat uit de twee overgelegde kwitanties onvoldoende blijkt dat hiermee is betaald aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor geleverde zorg. Ook op andere punten zijn de kwitanties onvoldoende specifiek. Zo is op de kwitanties de naam van een persoon vermeld, en niet die van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bovendien is het gebruikelijk om zorg te factureren op basis van het aantal uren dat daadwerkelijk zorg is verleend. De twee kwitanties vermelden slechts een drietal maanden, en zien dus niet op de betaling van een specifieke factuur. Ook ligt een deel van de periode waarop de kwitanties zien in de toekomst. De ziektekostenverzekeraar heeft er naar het oordeel van de commissie terecht op gewezen dat het niet gebruikelijk is dat zorg vooraf wordt gefactureerd. Daarnaast acht de commissie het niet aannemelijk dat een professionele zorgaanbieder dergelijk grote bedragen contant zou accepteren, zeker niet in de huidige tijdsgeest. De overgelegde verklaring van de genoemde ontvanger van de bedragen, op briefpapier van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, maakt dit niet anders. De verklaring is onvoldoende specifiek en ongedateerd. Het is de commissie verder opgevallen dat verzoekster wisselende verklaringen ten aanzien van de lening en de besteding daarvan heeft gegeven, die elkaar onderling uitsluiten, wat de geloofwaardigheid van haar overige stellingen aantast.

Dit alles leidt tot de conclusie dat verzoekster er niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat zij het aan haar uitgekeerde bedrag van € 46.272,82 heeft gebruikt voor het betalen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

- 6.7. De commissie concludeert dat verzoekster het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Zij heeft immers een vervalste aanvraag voor zorg in natura, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, ingediend. Op grond hiervan heeft zij de door haar ter declaratie ingediende nota's vergoed gekregen. Ook heeft zij een groot deel van de ontvangen vergoedingen niet aantoonbaar aan zorg besteed. Hoewel zij daartoe in de gelegenheid is gesteld, heeft verzoekster deze conclusie slechts met standpunten, maar niet met feiten betwist. Daarom mocht de ziektekostenverzekeraar concluderen dat sprake is van fraude. Verzoekster had om die reden geen aanspraak op vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten tot een bedrag van € 46.272,82.

Nu sprake is van fraude was de ziektekostenverzekeraar in beginsel ook gerechtigd de overige maatregelen tegen verzoekster te treffen, te weten terugvordering van de aan haar uitgekeerde vergoeding, het opnemen van haar persoonsgegevens in het EVR en het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, het beëindigen van haar verzekeringen, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

Hierna zal worden ingegaan op de tegen verzoekster getroffen maatregelen, voor zover verzoekster hiertegen is opgekomen met het klachtenformulier van 5 februari 2024.

Terugvordering

- 6.8. Aangezien onder 6.7 is vastgesteld dat verzoekster een groot deel van de door haar gedeclareerde kosten voor zorg in natura door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ten onrechte vergoed heeft gekregen, mocht de ziektekostenverzekeraar het zonder rechtsgrond betaalde bedrag van haar terugvorderen. Deze is immers onverschuldigd betaald.

De ziektekostenverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn vordering het eerder aangehaalde overzicht met betrekking tot de periode van juni 2019 tot en met september 2020 overgelegd. De uitgekeerde vergoedingen bedragen totaal € 63.766,28. Het bedrag dat volgens dit overzicht is overgemaakt naar de zorgaanbieder bedraagt € 17.493,46. Dit betekent dat totaal € 46.272,82 aantoonbaar niet aan zorg is besteed. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom dit bedrag van verzoekster terugvorderen. De commissie ziet geen aanleiding om deze vordering te matigen.

Registratie persoonsgegevens

- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het EVR voor de duur van 8 jaren en ook in het interne incidentenregister. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet vermeld voor welke duur de opname in het incidentenregister geldt.

Elke verzekeraar houdt een incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het interne 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 interne incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de melding heeft opgenomen in zijn incidentenregister. 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.

De eisen voor registratie in het incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2013 (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 in het incidentenregister en het EVR terecht is geweest en zo ja, of deze maatregel, onder andere met het oog op de duur, ook proportioneel is.

Artikel 5.2.1 PIFI bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Er moet enerzijds een zwaardere verdenking tegen betrokkene bestaan dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude. Anderzijds is een strafrechtelijke veroordeling voor fraude niet vereist (ECLI:NL:HR:2009:BH4720). Wel moet er bewijs zijn van opzettelijke misleiding.

Gelet op hetgeen onder 6.7. is overwogen, is sprake van opzettelijke misleiding door verzoekster. Met het oog op het met de registratie beoogde doel is de opname van haar persoonsgegevens in het incidentenregister en het EVR terecht. Waar het gaat om de proportionaliteit ziet de commissie vanwege de omvang van de fraude, het stelselmatige karakter, het gebruik van een

vervalste aanvraag, en de opstelling van verzoekster in de onderzoeksfase geen aanleiding om de duur van de registraties te matigen.

De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 18 december 2020 vermeld dat hij het dossier van verzoekster ook heeft gemeld bij het CBV. In de heroverweging van 13 februari 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar echter dat het CBV per 2022 is opgeheven. De commissie meent uit de website van het Verbond van Verzekeraars op te kunnen maken dat het CBV nog steeds operationeel is. Zij leidt uit de stelling van de ziektekostenverzekeraar af dat hij geen belang (meer) hecht aan de melding bij het CBV. Voor zover de ziektekostenverzekeraar de melding nog intact heeft (gelaten), dient deze daarom ongedaan te worden gemaakt.

Verhaal onderzoekskosten

- 6.10. Nu reeds is geconcludeerd dat sprake is geweest van opzettelijke misleiding, heeft verzoekster onrechtmatig gehandeld jegens de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel 6:162 BW dient verzoekster de hierdoor ontstane schade te vergoeden. Daarnaast is in artikel A.6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 1.020,- bedragen, en hiervan een berekening overgelegd. Tevens heeft hij onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. Verzoekster heeft de berekening - en daarmee de hoogte van de schade - en het causale verband niet, althans onvoldoende gemotiveerd, bestreden. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten bij verzoekster in rekening mocht brengen. De commissie ziet geen aanleiding het bedrag te matigen en stelt vast dat verzoekster daartoe ook onvoldoende gemotiveerd heeft gesteld.

Slotsom

- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar moet nagaan of het CBV nog steeds operationeel is en een database met (fraude)dossiers bijhoudt. Als dit het geval is, dient de ziektekostenverzekeraar de melding van het dossier van verzoekster ongedaan te maken;
 - (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 15 november 2024,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 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.

van 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 zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, 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.6.6. 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, verdragingsrente 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 1^e 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.

tieve 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) delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens over pakketsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens met de collectiviteit waaraan u deelneemt.

A.15.4. Actuele adres

Wij gaan er vanuit 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 geldende privacywetgeving (de Wet bescherming persoonsgegevens). Deze wordt op 25 mei 2018 vervangen door 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 internetsite.

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 Incidentenwaarschuwingssystemen 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

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.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsver-

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 Incidentenwaarschuwingssystemen 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 inkoop 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 zorg-

verleners 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
- 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 (met uitzondering van zelfstandig werkende kraamverzorgenden); en
- een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.