

# Bindend advies

## **Geschillencommissie Zorgverzekeringen**

mr. J.J.M. Linders, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600606

## **Partijen**

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,

en

ONVZ Zorgverzekeraar N.V. te Houten,

hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

## **1. Verloop van de procedure**

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 2 april 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is, eveneens op 2 april 2026, schriftelijk aan hem bevestigd. Op 2 april 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 14 juli 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 14 juli 2026, aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## **2. Vaststaande feiten**

- 2.1. Verzoeker is in 2026 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft op 3 maart 2026 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor 'Verpleging en Verzorging in de eigen omgeving' op basis van 5 minuten Verpleging per week en 14 uren Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 3 februari 2026 tot en met 2 februari 2027.
- 2.3. Bij brief van 18 maart 2026 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag niet in behandeling kan worden genomen, omdat de door hem opgegeven zorgaanbieder en de voor deze werkzame natuurlijke persoon staan geregistreerd in het Extern Verwijzingsregister (hierna: EVR). Ook verzoeker staat hierin geregistreerd.
- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 april 2026 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden (i) de aanvraag van 3 maart 2026 alsnog in behandeling te nemen en te beoordelen, (ii) deze goed te keuren, en (iii) de ingediende declaraties ter zake te vergoeden.
- 3.2. Bij brief van 18 maart 2026, gericht aan de zorgverzekeraar, heeft verzoeker gesteld dat de afwijzing van de aanvraag, op grond van regel 75 van de voorwaarden van de zorgverzekering, ondeugdelijk is gemotiveerd. Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar geen specifieke feiten of omstandigheden in het kader van fraude beschreven, is er geen inhoudelijke beoordeling van de aanvraag gedaan, en wordt niet uitgelegd waarom de zorgverlening niet controleerbaar zou zijn. Volgens verzoeker is een algemene verwijzing naar de registratie in het EVR onvoldoende. Registratie kan weliswaar reden zijn tot extra controle, maar mag niet ertoe leiden dat de aanvraag in het geheel niet in behandeling wordt genomen.
- 3.3. Verder heeft verzoeker gesteld dat regel 75 van de voorwaarden van de zorgverzekering te ruim en onjuist wordt toegepast door de zorgverzekeraar. Deze regel bevat een definitie van fraude en vormt als zodanig geen zelfstandige grondslag voor het niet in behandeling nemen van een aanvraag. Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar ook geen fraude vastgesteld in het kader van de aanvraag of in zijn relatie tot de zorgverzekeraar. Dat de zorgverzekeraar onjuist handelt, blijkt ook uit de regels 76 en 77 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Bij een vermoeden van fraude moet daarnaar eerst een onderzoek worden ingesteld (regel 76) en bij daadwerkelijke vaststelling van fraude kunnen maatregelen worden getroffen (regel 77).
- 3.4. Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar zijn persoonlijke situatie miskend. Hij is al langere tijd afhankelijk van zorg van deze specifieke zorgaanbieder. In 2020 is hij bewust verhuisd om deze zorg structureel te kunnen ontvangen. De zorgaanbieder levert bovendien zorg aan zijn partner. Daarmee is sprake van een bestaande, langdurige en functionerende zorgrelatie. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat de zorgverzekeraar heeft erkend dat zijn recht op zorg ten laste van de zorgverzekering blijft bestaan. Door de aanvraag niet in behandeling te nemen op basis van een generieke verwijzing naar het EVR, handelt de zorgverzekeraar volgens verzoeker in strijd met de zorgplicht.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 19 maart 2026 heeft verzoeker toegelicht wat de bevindingen van zijn vorige verzekeraar waren in het kader van het door deze uitgevoerde fraudeonderzoek. Verzoeker betwist dat sprake was van fraude. In verband met het fraudeonderzoek door zijn vorige verzekeraar heeft verzoeker aanpassingen gerealiseerd die juist zijn gericht op het vergroten van transparantie en controleerbaarheid.
- 3.6. Verzoeker heeft bij brief van 2 april 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat hij eerder tegen ziektekosten was verzekerd bij een andere verzekeraar. Deze heeft zijn persoonsgegevens geregistreerd in het EVR en zijn verzekering tegen ziektekosten beëindigd. Verzoeker is toen overgestapt naar de zorgverzekeraar en heeft hier de zorgverzekering afgesloten. Het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering was niet mogelijk volgens de zorgverzekeraar, omdat verzoeker, de zorgaanbieder en de daarbij behorende natuurlijke persoon staan geregistreerd in het EVR. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd waarmee hij nog meer rekening moet houden. Uit de door verzoeker overgelegde stukken volgt dat de zorgverzekeraar toen heeft meegedeeld dat ingediende declaraties nauwkeurig zullen worden gecontroleerd op onder andere authenticiteit en juistheid.
- 3.7. De termijn van de indicatie en het zorgplan verliepen op 1 april 2026, zodat verzoeker in maart 2026 een nieuwe indicatie heeft laten stellen om de zorg via zorgaanbieder C. voort te zetten. De aanvraag daartoe is door de zorgverzekeraar, in verband met de registratie in het EVR, niet in

behandeling genomen. Zoals eerder gesteld, is deze handelwijze volgens verzoeker in strijd met de zorgplicht en de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Op grond van de Zorgverzekeringswet heeft een verzekerde recht op vergoeding van medisch noodzakelijke zorg die binnen de dekking van de zorgverzekering valt. Dit recht kan volgens verzoeker niet op voorhand feitelijk worden uitgehold door een aanvraag categorisch buiten behandeling te laten, zonder inhoudelijke beoordeling van de medische noodzaak en de rechtmatigheid van de zorg. Uit de systematiek van de Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde regelgeving, waaronder de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde kaders, volgt dat een verzekeraar gehouden is om declaraties en machtigingsaanvragen te beoordelen op basis van controleerbaarheid, rechtmatigheid en doelmatigheid. Indien sprake is van een verhoogd risico – bijvoorbeeld door een registratie in het EVR – kan dit aanleiding zijn tot verscherpte controle. De registratie rechtvaardigt daarentegen niet dat de aanvraag buiten behandeling wordt gelaten. Volgens verzoeker is dit ook in strijd met het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel, nu minder ingrijpende maatregelen mogelijk zijn om eventuele risico's te ondervangen. Ook is sprake van schending van het vertrouwensbeginsel. Voorafgaand aan het afsluiten van de zorgverzekering is verzoeker expliciet meegedeeld dat – behoudens de weigering van een aanvullende ziektekostenverzekering – er geen verdere gevolgen zouden zijn als correct en rechtmatig wordt gedeclareerd. Verzoeker benadrukt dat – ondanks de registratie in het EVR – een andere verzekeraar wel een machtiging heeft verstrekt voor zorgverlening door zorgaanbieder C. Dit bevestigt volgens verzoeker dat een registratie in het EVR niet rechtvaardigt dat een aanvraag niet in behandeling wordt genomen.

- 3.8. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 24 april 2026 verklaard dat zijn vorige verzekeraar, die onder andere zijn persoonsgegevens heeft geregistreerd in het EVR, de zorgdeclaraties van zorgaanbieder C. in behandeling heeft genomen en vergoed. Volgens verzoeker is dit relevant, omdat hieruit blijkt dat controle op rechtmatigheid en doelmatigheid van geleverde zorg mogelijk is. Het standpunt van de zorgverzekeraar, dat hij vanwege de registratie in het EVR de aanvraag niet in behandeling kan nemen, is volgens verzoeker dan ook onjuist. Het is van belang dat de onderliggende administratie – waaronder zorgplannen, indicatiestelling, urenverantwoording en evaluaties/rapportages – beschikbaar is en toetsing mogelijk maakt. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar meermaals aangeboden mee te werken als verdere controle nodig is.
- 3.9. Bij e-mailbericht van 3 mei 2026 heeft verzoeker verklaard dat volgens de zorgverzekeraar de bestaande registraties in het EVR aanleiding vormen om te twijfelen aan de betrouwbaarheid en controleerbaarheid van de geleverde zorg. Dit is volgens verzoeker uitsluitend gebaseerd op een algemene verwijzing naar deze meldingen, zonder concrete onderbouwing waarom in zijn specifieke situatie de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg niet controleerbaar zou zijn.
- 3.10. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 27 augustus 2026 aanvullende informatie gestuurd in het kader van de Gedragscode Verzekeraars en de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. Ook wijst verzoeker op de communicatie die heeft plaatsgevonden voorafgaand aan het sluiten van de verzekeringsovereenkomst. Verder heeft verzoeker de commissie verzocht te beoordelen of de zorgverzekeraar heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheid, transparantie, redelijkheid en billijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit.
- 3.11. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de situatie een jarenlange voorgeschiedenis heeft. Zijn zorgverlener en hij zijn beschuldigd van fraude. Onterecht en er lopen nog procedures. De verzekering tegen ziektekosten bij de vorige verzekeraar werd beëindigd, waarna hij bij de zorgverzekeraar zijn huidige zorgverzekering heeft afgesloten. In verband met de registratie in het EVR kwam hij niet in aanmerking voor een aanvullende ziektekostenverzekering. Voorafgaand aan het afsluiten van de zorgverzekering heeft verzoeker gevraagd of er nog andere zaken waren – in het kader van de registratie – waarmee hij rekening moest houden. Volgens de zorgverzekeraar was dat niet het geval, maar door hem ingediende declaraties zouden wel extra worden

gecontroleerd. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij sinds 2016 zorg ontvangt van een vaste zorgverlener. Toen de vorige indicatie verliep, heeft hij een nieuwe laten stellen. Deze is met een aanvraag voor niet-gecontracteerde wijkverpleging ingediend bij de zorgverzekeraar. Vervolgens werd de aanvraag niet in behandeling genomen, omdat sprake was van een registratie in het EVR. Daarna gevraagd door de commissie, deelt verzoeker mee dat zijn verzoek aan de commissie is dat de aanvraag alsnog in behandeling wordt genomen en wordt goedgekeurd. De gestelde indicatie is namelijk gelijk aan die in de voorgaande jaren. De reactie van de zorgverzekeraar is extra schrijnend nu de zorgverlener naar aanleiding van het eerste fraudeonderzoek haar administratie juist op orde heeft gebracht.

- 3.12. Verzoeker heeft opgemerkt dat een aanvraag volgens de zorgverzekeraar wordt beoordeeld op rechtmatigheid, uitvoerbaarheid en controleerbaarheid. Volgens verzoeker is een gevoel van ‘het voelt niet goed’ onvoldoende reden om de aanvraag niet in behandeling te nemen. De zorgverzekeraar heeft volgens hem geen formele grondslag om daartoe te kunnen besluiten. Verder vindt verzoeker het ongeloofwaardig dat de zorgverzekeraar bij het aangaan van de zorgverzekering niet wist welke zorgaanbieder en -verlener het betrof. Naar aanleiding van de EVR-registratie heeft de zorgverzekeraar navraag gedaan en dan moet hij op de hoogte zijn geweest van de betrokken zorgaanbieder en -verlener. Daarna gevraagd door de commissie weet verzoeker niet welk rechtsgevolg hieraan moet worden verbonden.

#### **4. Standpunt zorgverzekeraar**

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 18 maart 2026 verklaard dat de aanvraag van 3 maart 2026 voor ‘Verpleging en Verzorging in de eigen omgeving’ niet door hem in behandeling wordt genomen. De door verzoeker hierbij opgegeven zorgaanbieder en de betrokken natuurlijke persoon staan geregistreerd in het EVR. Ook de persoonsgegevens van verzoeker staan hierin geregistreerd. De zorgverzekeraar verwijst naar artikel 75 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van dit artikel beoordeelt de zorgverzekeraar of de aangevraagde zorg op een rechtmatige en controleerbare wijze kan worden uitgevoerd en gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft verzoeker opties geboden voor het ontvangen van passende zorg.
- 4.2. Bij brieven van 1 april 2026 en 14 juli 2026, deze laatste gericht aan de commissie, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat niet wordt betwist dat verzoeker aanspraak heeft op zorg die onder de dekking van de Zorgverzekeringswet valt. De beslissing van 18 maart 2026 ziet niet op de vraag of verzoeker een zorgbehoefte heeft, maar op de beoordeling van de aanvraag zoals deze was ingediend, namelijk voor niet-gecontracteerde wijkverpleging, uit te voeren door de opgegeven zorgaanbieder en de voor deze werkzame natuurlijke persoon.
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg indien (i) dit zorg betreft zoals de betrokken zorgverleners die ‘plegen te bieden’, (ii) die zorg behoort tot de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en (iii) de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op die vorm van zorg. Dit volgt niet alleen uit de voorwaarden van de zorgverzekering, maar ook uit de wet. De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht te toetsen of sprake is van rechtmatige en doelmatige zorg. Om daaraan te kunnen voldoen worden er zorgaanbieders gecontracteerd. Deze contracten bevatten strikte afspraken die waarborgen dat zorg rechtmatig en doelmatig wordt geleverd. Met niet-gecontracteerde zorgaanbieders heeft de zorgverzekeraar dit soort afspraken niet. Om die reden bevatten de voorwaarden van de zorgverzekering de eis dat toestemming nodig is om zorg te ontvangen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit wordt het machtigingsvereiste genoemd. Hiermee kan de zorgverzekeraar alsnog aan zijn controletaak voldoen. De door verzoeker ingediende aanvraag is dan ook vanuit dit perspectief beoordeeld.
- 4.4. Bij de beoordeling van de aanvraag is vastgesteld dat de zorgaanbieder in het EVR is geregistreerd. Dit is een zware maatregel die niet lichtzinnig wordt genomen. Het betekent

namelijk dat in voldoende mate vaststaat dat de zorgaanbieder een bedreiging kan vormen voor de (financiële) belangen van verzekeraars en verzekerden. De zorgverzekeraar vindt de registratie in het EVR dermate ernstig dat hij mag weigeren een machtiging te verstrekken voor zorgverlening door de betrokken zorgaanbieder. Dat de persoonsgegevens van verzoeker ook staan geregistreerd in het EVR is eveneens een signaal dat de zorgverzekeraar, vanuit zijn wettelijke controletaak, niet kan en mag negeren. Dat in de brief van 18 maart 2026 regel 75 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt genoemd doet aan het voorgaande niets af.

- 4.5. Verder heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij de op hem rustende zorgplicht niet heeft geschonden. Verzoeker heeft recht op zorg. Die kan hij afnemen bij een gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze laatste mag echter niet de in het EVR geregistreeerde zorgaanbieder zijn of een daaraan gelieerd persoon. Volgens de zorgverzekeraar heeft hij de persoonlijke situatie van verzoeker niet miskend. Zoals voorgesteld, zijn er andere mogelijkheden om de zorg te ontvangen. Het kan niet zo zijn dat in Nederland slechts één specifieke zorgaanbieder aan de zorgbehoefte van verzoeker kan voldoen. In de beslissing van 18 maart 2026 is expliciet vermeld dat verzoeker het recht behoudt op zorg ten laste van de zorgverzekering. Daarbij is hem meegedeeld dat de zorgverzekeraar een nieuwe aanvraag inhoudelijk zal beoordelen indien verzoeker een andere zorgaanbieder kiest. Ook is verzoeker gewezen op de mogelijkheid gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders en is hem ondersteuning aangeboden door de Zorgconsulenten. Van het onthouden van zorg of het blokkeren van de toegang tot zorg is daarom geen sprake, aldus de zorgverzekeraar.
- 4.6. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij de stelling van verzoeker – dat hem nooit is meegedeeld dat de registratie in het EVR zou kunnen leiden tot het afwijzen van een aanvraag – niet kan volgen. De zorgverzekeraar heeft opgemerkt dat verzoeker zich beroept op correspondentie uit januari 2026. Daarin zou volgens verzoeker zijn meegedeeld dat er, behoudens het niet kunnen afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering, geen verdere gevolgen aan de registratie in het EVR zijn verbonden. De zorgverzekeraar betwist dit. De betreffende correspondentie heeft betrekking op de acceptatie voor de zorgverzekering en de gevolgen van de registratie in het EVR binnen het acceptatieproces. Daarbij zijn geen toezeggingen gedaan over toekomstige machtigingsaanvragen, de beoordeling van specifieke zorgverleners, of de behandeling van toekomstige individuele aanvragen. Evenmin is toegezegd dat toekomstige aanvragen zonder nadere beoordeling zouden worden geaccepteerd of inhoudelijk zouden worden behandeld. Van schending van het vertrouwensbeginsel is daarom geen sprake.
- 4.7. Volgens de zorgverzekeraar is geen sprake van het uitsluitend afwijzen van de aanvraag op grond van de registratie in het EVR. Bij de aanvraag voor de zorgverzekering ontving de zorgverzekeraar een signaal vanuit het EVR. Conform de gebruikelijke werkwijze heeft de zorgverzekeraar daarop informatie opgevraagd bij de meldende verzekeraar. Vervolgens diende verzoeker een aanvraag in voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. Bij de beoordeling van die aanvraag heeft de zorgverzekeraar de informatie betrokken waarover hij op dat moment beschikte. Daarbij is onder meer vastgesteld dat:
  - de aanvraag betrekking had op een zorgvorm waarop de eerder ontvangen informatie mede zag;
  - de opgegeven zorgverlener voorkwam in de ontvangen informatie;
  - zowel verzoeker als de zorgverlener stonden geregistreerd in het EVR.
- 4.8. Deze omstandigheden, in onderlinge samenhang gezien, vormden voor de zorgverzekeraar aanleiding de aanvraag nader te beoordelen. De afwijzing is daarom niet gebaseerd op de enkele registratie in het EVR. De afwijzing is genomen op basis van het geheel van feiten en omstandigheden waarover hij ten tijde van de besluitvorming beschikte, en die relevant werden geacht voor de beoordeling of de aangevraagde zorg op een rechtmatige en controleerbare wijze kon worden uitgevoerd en gedeclareerd. Van een categorische weigering is bovendien geen

sprake, omdat de zorgverzekeraar uitsluitend heeft besloten de aanvraag voor zorg in de voorgestelde vorm niet verder in behandeling te nemen. Verzoeker is daarbij uitdrukkelijk gewezen op de andere opties voor het verkrijgen van de zorg.

- 4.9. De zorgverzekeraar heeft verder opgemerkt dat volgens verzoeker de aanvraag zonder inhoudelijke beoordeling buiten behandeling is gelaten. Dat is juist voor zover daarmee wordt bedoeld dat de zorgverzekeraar geen inhoudelijk beoordeling heeft uitgevoerd van de zorgbehoefte, de indicatiestelling en het zorgplan. Een dergelijke beoordeling heeft niet plaatsgevonden. De zorgverzekeraar gaat, voorafgaand aan een inhoudelijke beoordeling, na of een aanvraag voldoende kan worden getoetst binnen de voorwaarden van de zorgverzekering en of de aangevraagde zorgverlening op een rechtmatige en controleerbare wijze kan worden uitgevoerd en gedeclareerd. In dit geval heeft de zorgverzekeraar geconcludeerd dat – gelet op de beschikbare informatie en de omstandigheden van de aanvraag – een inhoudelijke beoordeling van de zorgbehoefte van verzoeker niet aan de orde was, omdat de aanvraag niet verder in behandeling kon worden genomen vanwege de door verzoeker opgegeven zorgverlener. De beslissing ziet daarom noch op de medische noodzaak van de zorg, noch op de inhoud van de indicatiestelling. De zorgverzekeraar heeft gesteld zich daarover niet te hebben uitgelaten.
- 4.10. Voorts heeft de zorgverzekeraar gesteld dat er geen sprake is van schending van het proportionaliteits- of subsidiariteitsbeginsel. Hij is niet uitsluitend gehouden achteraf toezicht te houden op gedeclareerde zorg, maar mag ook vooraf beoordelen of een aanvraag voldoet aan de voorwaarden waaronder zorg voor vergoeding in aanmerking kan komen. Hierbij beschikt de zorgverzekeraar over enige beoordelingsruimte. Ook is er, als eerder opgemerkt, geen sprake van het schenden van het vertrouwensbeginsel.
- 4.11. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat – nu volgens verzoeker andere verzekeraars wel overgaan tot vergoeding van de zorg – hij daarover niet kan oordelen. Hij beschikt niet over de dossiers, informatiepositie, afwegingen en besluitvorming van andere verzekeraars en kan daarover dus geen uitspraken doen. Iedere verzekeraar is verantwoordelijk voor de eigen beoordeling van aanvragen, op basis van de informatie waarover hij beschikt. Dit geldt ook voor de beoordeling van de onderhavige aanvraag, terwijl deze volgens verzoeker overeenkomt met aanvragen uit eerdere jaren. Zelfs indien van dat laatste wordt uitgegaan, leidt dit niet tot een ander oordeel. De zorgverzekeraar beoordeelt een aanvraag op basis van de feiten en omstandigheden op het moment van de beoordeling en aan de hand van de informatie die alsdan beschikbaar is.
- 4.12. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat het geschil niet ziet op de gestelde indicatie, maar op de vraag of de aanvraag voor zorg van deze niet-gecontracteerde zorgverlener kan worden beoordeeld. Er wordt gekeken naar rechtmatigheid, uitvoerbaarheid en controleerbaarheid van de gevraagde zorg. In dat kader zijn alle omstandigheden beoordeeld. Er wordt gekeken naar een registratie in het EVR, het beschikbare integriteitsprofiel en signalen over de zorgverlener. Op basis van het geheel van deze uitkomsten is besloten de aanvraag niet in behandeling te nemen. Uit het integriteitsprofiel bleek dat het risico, met extra controles op declaraties, onvoldoende zou worden ondervangen. Het is ook niet mogelijk een onderdeel van de aanvraag te beoordelen, omdat de zorgverlener betrokken is bij de zorg. Verzoeker is gewezen op de mogelijkheid van een andere zorgverlener. Er is geen specifieke zorgverlener aangeboden, omdat sprake is van vrije artsenkeuze.
- 4.13. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de grondslag voor het niet in behandeling nemen van de aanvraag is gelegen in artikel 75 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het is niet voor niets dat door verzekeraars gebruik wordt gemaakt van het EVR. Daarin wordt gewaarschuwd voor integriteitszaken. Zo ook in het geval van verzoeker. Op het moment van het afsluiten van de zorgverzekering was de zorgverzekeraar wel op de hoogte van de registratie van verzoeker in het EVR, maar wist hij niet dat ook de zorgverlener hierin was

opgenomen. Daarom is verzoeker op dat moment meegedeeld dat alleen de declaraties extra zouden worden gecontroleerd. Desgevraagd bevestigt de zorgverzekeraar dat uit de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat voor niet-gecontracteerde zorg een toestemmingsvereiste geldt, maar dat daaraan niet wordt toegekomen omdat de aanvraag in het geheel niet in behandeling is genomen.

- 4.14. De zorgverzekeraar heeft verder toegelicht dat als een verzekerde overstapt naar een andere verzekeraar, dit via de Overstapservice wordt geregeld. Als een verzekeraar de gegevens van een verzekerde in het EVR heeft geregistreerd, dan wordt bij de overstap naar een andere verzekeraar door deze laatste navraag gedaan over de registratie. Zo ook in het geval van verzoeker. In het kader van de acceptatieplicht voor de zorgverzekering heeft de zorgverzekeraar – na de melding van een registratie in het EVR – navraag gedaan bij de meldende partij. Toen heeft hij ook de reden van de registratie vernomen. Daarom is met verzoeker geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Een zorgverzekering kan daarentegen niet worden geweigerd, maar aan verzoeker is hierbij wel meegedeeld dat de declaraties extra zullen worden gecontroleerd. Meer dan deze informatie heeft de zorgverzekeraar niet gekregen.
- 4.15. De zorgverzekeraar heeft in het kader van de grondslag voor het niet in behandeling nemen van de aanvraag tevens verwezen naar artikel 4.3 van het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars.

## **5. Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering.
- 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 de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft een aanvraag van 3 maart 2026 voor ‘Verpleging en Verzorging in de eigen omgeving’ bij de zorgverzekeraar ingediend. Deze is door de zorgverzekeraar niet in behandeling genomen omdat de zorgaanbieder, de voor deze werkzame natuurlijke persoon, en verzoeker zelf staan geregistreerd in het EVR.
- 6.3. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij op grond van artikel 75 - waarin de definitie van fraude is opgenomen - beoordeelt of zorg op een rechtmatige en controleerbare wijze wordt uitgevoerd en gedeclareerd. Die beoordeling mag hij naar zijn zeggen ook vooraf uitvoeren, in het kader van een ingediende aanvraag. Verzoeker heeft betoogd dat dit de zorgverzekeraar niet is toegestaan, maar dat de registratie in het EVR wel reden kan zijn voor striktere controle, bijvoorbeeld van ingediende declaraties.  
De commissie overweegt dat bij een vermoeden van fraude de zorgverzekeraar op grond van artikel 76 een onderzoek kan instellen. Bij vastgestelde fraude kunnen – op grond van artikel 77 – maatregelen worden getroffen, waaronder de registratie van (persoons)gegevens in de registers, genoemd in artikel 61, het niet meer vergoeden van toekomstige declaraties en/of het terugvorderen van declaraties die werden vergoed.

- 6.4. De commissie overweegt verder dat in artikel 61 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat bij Stichting CIS wordt bijgehouden wie heeft gefraudeerd. Daar mag de zorgverzekeraar nagaan of iemand bekend is. De informatie van CIS kan door de zorgverzekeraar worden gebruikt bij het afsluiten van verzekeringen en bij het behandelen van declaraties.
- 6.5. De zorgverzekeraar heeft op grond van door hem ontvangen informatie besloten geen aanvullende ziektekostenverzekering met verzoeker af te sluiten. Dit staat hem vrij, nu voor een dergelijke verzekering geen acceptatieplicht op grond van de wet of anderszins bestaat. Voor de ingediende aanvraag voor verpleging en verzorging is dit in zoverre anders, dat op basis van de Zvw een acceptatieplicht bestaat voor de zorgverzekering en in de wet en de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten is vastgelegd op welke zorg en andere diensten verzekerden aanspraak hebben, daaronder verpleging en verzorging. Die aanspraak kan in beginsel niet contractueel worden beperkt, hoewel partijen overeen kunnen komen dat sommige zorgvormen om principiële redenen van de dekking zijn uitgesloten of hiervoor een toestemmingsvereiste geldt. Voor zover het verzekerde zorg betreft waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen kan de verzekerde ervoor kiezen de zorgverlening te laten plaatsvinden door een niet-gecontracteerde zorgverlener die daartoe bevoegd en bekwaam is. De voorwaarden van de zorgverzekering kennen niet de mogelijkheid een zorgaanbieder of een voor deze werkzame zorgverlener uit te sluiten, dan wel een verzekerde te verplichten de verzekerde zorg in een bepaalde vorm af te nemen, en om die reden een aanvraag niet in behandeling te nemen en daarmee niet toe te komen aan een inhoudelijke beoordeling. Voorstelbaar is wel dat incomplete aanvragen of aanvragen die niet via het juiste kanaal worden ingediend, zonder inhoudelijke beoordeling niet in behandeling worden genomen. Indien formele gebreken in de aanvraag niet aan de orde zijn, dan moet de aanvraag niet alleen in behandeling worden genomen, maar ook inhoudelijk worden beoordeeld. Met betrekking tot het toestemmingsvereiste volgt uit artikel 14 Zvw dat toestemming alleen mag worden geweigerd op basis van zorginhoudelijke criteria. Leidt de inhoudelijke beoordeling tot een positief besluit, dan volgt uit artikel 61 dat de registratie in het EVR een rol kan spelen bij het afwikkelen van declaraties. Zo kan de zorgverzekeraar vanwege de informatie uit het EVR extra alert zijn bij het beoordelen van declaraties die worden ingediend. De commissie concludeert dat de zorgverzekeraar de aanvraag van 3 maart 2026 voor ‘Verpleging en Verzorging in de eigen omgeving’ alsnog in behandeling moet nemen en deze inhoudelijk moet beoordelen.
- De verwijzing van de zorgverzekeraar naar artikel 4.3 van het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit maakt het voorgaande niet anders.
- 6.6. De commissie overweegt verder dat zij nog niet kan beslissen over de uitkomst van de inhoudelijke beoordeling van de aanvraag door de zorgverzekeraar. Het is aan de zorgverzekeraar om op grond van de geldende wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden te beslissen of de zorg conform de gestelde indicatie kan worden toegekend. Indien de aanvraag geheel of gedeeltelijk wordt afgewezen, kan verzoeker de zorgverzekeraar om heroverweging van die beslissing vragen, zo volgt uit artikel 114 Zvw. Hetzelfde geldt, na eventuele goedkeuring van de aanvraag, voor de declaraties die verzoeker in dat kader vergoed wil hebben.
- 6.7. Gelet op het voorgaande ziet de commissie aanleiding de zorgverzekeraar te verplichten het klachtgeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

*Slotsom*

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **7. Bindend advies**

De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar de aanvraag van 3 maart 2026 voor 'Verpleging en Verzorging in de eigen omgeving' alsnog in behandeling moet nemen en deze inhoudelijk moet beoordelen;
- (ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 5 oktober 2026

J.J.M. Linders

## Informatie voor partijen

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

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

## BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

## • Verpleging en verzorging

### • Verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Heeft u in de eigen omgeving hulp nodig, bijvoorbeeld om een wond te verzorgen of u te helpen opstaan, wassen en aankleden? Dan kan verpleging en verzorging (wijkverpleging) een oplossing zijn.

#### Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

| Verzekering      | Vergoeding                                                |
|------------------|-----------------------------------------------------------|
| Basisverzekering | 100% bij gecontracteerde zorg, anders beperkte vergoeding |
| Startfit         | Geen vergoeding                                           |
| Benfit           | Geen vergoeding                                           |
| Optifit          | Geen vergoeding                                           |
| Topfit           | Geen vergoeding                                           |
| Superfit         | Geen vergoeding                                           |

#### Dit krijgt u vergoed

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging in de eigen omgeving als u geneeskundige zorg nodig heeft of daar een grote kans op is. Uw eigen omgeving is meestal thuis maar kan ook tijdelijk ergens anders zijn, bijvoorbeeld bij familie waar u logeert of op vakantie.

Verpleging heeft vaak te maken met medische handelingen. Zoals een wond verzorgen of een injectie geven. Maar er valt meer onder. Bijvoorbeeld het in de gaten houden van uw gezondheid. Of overleg met andere zorgverleners, zodat u op het juiste moment de juiste zorg krijgt. Verzorging is de hulp bij dagelijkse handelingen. Zoals douchen en aankleden, en het leren aantrekken van steunkousen.

Zorg voor kinderen valt ook onder deze vergoeding. Net als zorg bij dementie, en zorg in de laatste levensfase.

Een hbo-gediplomeerd verpleegkundige moet een indicatie stellen: een beoordeling welke zorg u nodig heeft, hoe vaak en hoe lang. Die doet dat in uw eigen omgeving. Meestal is dat bij u thuis. U bent daar zelf bij. Daarbij beoordeelt de verpleegkundige:

- wat u zelf kunt doen of leren of waar uw partner of mantelzorger u mee kan en wil helpen
- welke hulp u nodig heeft van de gemeente
- welke andere zorg nog nodig is, zoals een hulpmiddel of bijvoorbeeld fysiotherapie

De verpleegkundige zet samen met u de belangrijkste afspraken in een zorgplan.

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de indicatiestelling en de geïndiceerde verpleging en verzorging op basis van het zorgplan.

Bij zorg voor kinderen, bij dementie en in de laatste levensfase gelden ook de volgende voorwaarden.

**Verpleging en verzorging voor kinderen jonger dan 18 jaar**

- een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige<sup>81</sup> of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde<sup>82</sup> stelt de indicatie
- als uw kind naar een verpleegkundig kinderdagopvang of verpleegkundig kindzorghuis gaat, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering het verblijf en de zorg daar. Maar alleen als uw kind continu toezicht nodig heeft, of als er dag en nacht verpleegkundige zorg in de buurt beschikbaar moet zijn

**Casemanagement bij dementie**

- als u met (een vermoeden van) dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er vaak ook iemand nodig die dat coördineert. En die u en uw omgeving begeleidt en ondersteunt in het leven met dementie. Dat doet een casemanager. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is

**Verpleging en verzorging in de laatste levensfase (palliatieve terminale zorg)**

- de verpleegkundige heeft samen met de huisarts (of medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten) vastgesteld dat intensieve(re) zorg voor u nodig is omdat de laatste levensfase is aangebroken
- een verpleegkundige stelt vast welke zorg nodig is. De zorg is bedoeld om de kwaliteit van uw leven in deze periode zo goed mogelijk te houden en om uw naasten te ondersteunen
- de verpleegkundige legt de zorginzet en de conclusies van het overleg met de arts over het aanbreken van de laatste levensfase vast in uw zorgdossier
- u krijgt de zorg thuis, in een hospice of bijna-thuis-huis
- de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt waken alleen als dat om verpleegkundige redenen nodig is

**Hier kunt u terecht**

- voor de indicatiestelling: een hbo-gediplomeerd verpleegkundige, hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige<sup>83</sup> of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde<sup>84</sup> die is aangesloten bij een netwerk<sup>85</sup> dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert
- voor de zorg: een verpleegkundige of verzorgende individuele gezondheidszorg
- voor zorg aan een kind jonger dan 18 jaar: ook een kinderverpleegkundige

**Zorgverlener zonder contract**

Kiest u voor een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij uw zorg niet helemaal. In onze maximale vergoedingen staat wat we vergoeden.

**Wilt u naar een zorgverlener met een contract?**

In onze Zorgzoeker checkt u snel met welke Nederlandse zorgverleners we een contract hebben.

**Dit wordt niet vergoed**

- zorg door een helpende (opleidingsniveau 2) als uw zorgverlener geen contract met ons heeft
- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in uw zorgplan)
- verpleging en verzorging als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

81. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

82. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

83. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

84. Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten

85. Bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, verpleegkundig platform of samenwerking van thuiszorgorganisaties

## Andere vergoedingen

- Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb), als u verpleging en verzorging zelf wilt regelen
- Eerstelijns verblijf, als u tijdelijk opgenomen moet worden, maar niet in een ziekenhuis
- Zwangerschap en bevalling, voor (verpleegkundige) zorg rond uw bevalling
- voor verpleegkundige zorg bij medisch-specialistische zorg thuis, zoals Dialyse of Mechanische beademing: die vergoedingen
- Ziekenvervoer, bijvoorbeeld voor kinderen met een lichamelijke handicap

## Dit betaalt u zelf

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

### Geen eigen risico

Deze zorg valt niet onder uw eigen risico.

## Dit moet u zelf doen

### U moet een indicatie laten stellen

- indicatiestelling van een hbo-gediplomeerd verpleegkundige
- bij zorg in de laatste levensfase: de hbo-gediplomeerd verpleegkundige en de huisarts hebben samen vastgesteld dat intensievere zorg nodig is omdat de laatste levensfase is aangebroken. Dit moet de verpleegkundige in het zorgdossier vastleggen

### Soms moet u vooraf toestemming van ons hebben

U moet voor deze zorg vooraf toestemming van ons hebben:

- als uw zorgverlener geen contract met ons heeft
- als u uw zorgbehoefte opnieuw wilt laten beoordelen

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Hierin staan zaken die ook voor u belangrijk zijn. Bijvoorbeeld wat u nooit vergoed krijgt. Zoals zorg die uw gemeente regelt.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen in verband met de geneeskundige zorg die u nodig heeft. Of als u een verhoogd risico heeft om die zorg nodig te hebben. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

### Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt dat, maar alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen ook iemand aanwijzen die de herbeoordeling doet. Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Ook wij kunnen dan uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

### Zorg regelen? Neem contact op met de ZorgConsulent

Heeft u hulp nodig bij het regelen van verpleging en verzorging? Dan kunt u contact opnemen met onze ZorgConsulent.

- **Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig**

**58. Persoonsgegevens**

Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie. Als u ons belt, kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons [privacy statement](#).

Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden. Wij nemen dan maatregelen.

**59. Burgerservicenummer (BSN)**

Wij moeten uw BSN in onze administratie opnemen. Wij moeten het ook gebruiken bij contacten met zorgverleners.

**60. Waarvoor wij uw gegevens gebruiken**

Wij gebruiken uw gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis:

- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
- voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
- voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit

Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen.

Wij gebruiken uw gegevens ook voor marketing. Dat geldt niet voor medische gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis.

Meer informatie hierover staat in ons [privacy statement](#). Ook over uw rechten.

**61. Stichting CIS**

Stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nakijken of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het privacyreglement van CIS vindt u op [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

**62. Uitwisselen persoonsgegevens**

Om uw verzekeringen uit te voeren, vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens van/aan onder meer zorgverleners en leveranciers van hulpmiddelen. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo). Of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt makkelijk en veilig bij ons worden gedeclareerd.

Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij na of u (nog) recht op premiekorting heeft.

**63. Marketing**

Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

**Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft**

Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door u gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen, niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

**Aanmaning**

Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgesloten, niet (op tijd) terugbetaalt.

**Beëindiging**

Betaalt u het openstaande bedrag niet (op tijd)? Dan kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. Dat doen wij dan vanaf de datum waarop u de premie of kosten had moeten betalen.

**74. Bedreiging of intimidatie**

Wij kunnen de verzekering(en) ook beëindigen als u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt.

**• Als u fraudeert****75. Fraude**

Bij fraude overtreedt u bewust een regel of u laat dit doen om er zelf beter van te worden. Of om er iemand anders beter van te laten worden. Dit is bijvoorbeeld het geval als u met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen waarop u geen recht heeft.

Voorbeelden van fraude zijn:

- u stuurt ons vervalste stukken
- u geeft ons bewust een onjuist beeld van uw situatie
- u vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
- u houdt informatie achter die voor ons van belang is

**76. Onderzoek naar fraude**

Bij een vermoeden van fraude doen wij onderzoek. Wij houden ons aan het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Daarin staan afspraken van verzekeraars over het aanpakken van fraude.

**77. Maatregelen bij fraude**

Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:

- rekeningen waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
- rekeningen die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald moet u aan ons terugbetalen
- kosten van het fraudeonderzoek zijn voor uw rekening
- wij kunnen aangifte doen bij de politie
- wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 61 staan
- wij kunnen uw verzekering(en) met terugwerkende kracht beëindigen tot de datum van de fraude
- wij kunnen u tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering