

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300837

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aan haar opgelegde maatregelen per direct op te heffen en dat hij het bedrag van € 1.667,52 niet van haar mag terugvorderen. Voorts meent verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar geen informatie mocht opvragen bij haar vroegere tandarts.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering destijds niet naar waarheid heeft ingevuld. Hij heeft haar gevraagd medewerking te verlenen bij het onderzoek hiernaar. Verzoekster heeft dit geweigerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop de uitgekeerde bedragen teruggevorderd en verschillende maatregelen opgelegd. Ten aanzien van het opvragen van informatie bij de vroegere tandarts van verzoekster, heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat door deze geen informatie heeft verstrekt. Verzoekster is derhalve niet in haar belangen geschaad.
- 1.2. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:928 BW een mededelingsplicht geldt bij het aangaan van een verzekeringsovereenkomst en dat verzoekster deze plicht heeft geschonden door op het aanvraagformulier in te vullen dat zij de komende twee jaar geen tandheelkundige behandeling verwacht. Verzoekster had namelijk kort daarvoor, in oktober 2020, een declaratie ingediend voor een initieel onderzoek implantologie van gebitselement 16. Dit wijst erop dat verzoekster voornemens was een implantaat te laten aanbrengen. Vervolgens is hiervan ook gebleken, omdat in maart 2021 ter plaatse een implantaat is aangebracht. Uit artikel 7:930 BW volgt dat geen uitkering is verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben afgesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft dit aannemelijk gemaakt en heeft terecht het aan verzoekster uitgekeerde bedrag van € 1.667,52 teruggevorderd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de gebeurtenis en de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in een aantal registraties. Hierbij heeft hij zich beroepen op zijn Privacy statement. De commissie oordeelt dat de registraties zijn gebaseerd op het Protocol Incidentenwaarschuwingensysteem Financiële Instellingen (hierna: PIFI) en Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars (hierna: GVPV). Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van fraude. De commissie stelt vast dat geen van de andere, in het GVPV genoemde incidenten aan de orde is zodat ten onrechte tot de maatregelen werd besloten en deze moeten worden opgeheven.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 5 september 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 26 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 oktober 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Op 21 november 2023 heeft de commissie een e-mailbericht van verzoekster ontvangen. Een kopie van dit bericht is op 23 november 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennismaken van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 december 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Op 8 december 2023 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 12 december 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Op 14 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van een brief, gedateerd 13 december 2023, aan de commissie gestuurd. Een kopie van deze brief is op 14 december 2023 aan verzoekster gezonden. Bij e-mailbericht van 23 december 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 27 december 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 28 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van de relevante verzekeringsvoorwaarden aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 29 december 2023 aan verzoekster gestuurd. Op 8 januari 2024 heeft verzoekster een e-mailbericht aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 11 januari 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand*** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Vervoer** zijn niet in geschil en blijven hierna verder onbesproken.
- 3.2. Met ingang van het jaar 2021 heeft verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Op 2 maart 2021 is bij de ziektekostenverzekeraar een declaratie voor onder meer een implantaatbehandeling ter plaatse van element 16 ingediend.
- 3.3. Op 24 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster per brief geïnformeerd dat hij een onderzoek is gestart naar de ingediende declaratie. Hierbij heeft hij verzoekster gevraagd een machtigingsformulier ondertekend retour te sturen, waarmee zij hem toestemming geeft informatie op te vragen bij de behandelend tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geen reactie ontvangen.

- 3.4. Bij brief van 18 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster geen medewerking heeft verleend aan het onderzoek naar de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Op basis van zijn bevindingen heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd:
- inschrijving van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie tot 18 november 2030;
 - inschrijving van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister tot 23 december 2028;
 - inschrijving van de persoonsgegevens van verzoekster in het Interne Verwijzingsregister (hierna: IVR) tot 18 november 2023;
 - terugvordering van een bedrag van € 1.667,52 aan uitbetaalde kosten voor mondzorg in 2021 en 2022.
- 3.5. Op 29 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar het ingevulde machtigingsformulier alsnog retour ontvangen en heeft hij het onderzoek heropend. Op 30 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelend tandarts een brief gestuurd waarmee het behandeldossier werd opgevraagd en werd verzocht een vragenformulier in te vullen. Bij brief van 20 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een herinnering gestuurd. Verzoekster heeft haar verzekeringen bij de ziektekostenverzekeraar per 1 januari 2023 beëindigd. Op 15 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief naar verzoekster gestuurd met het verzoek het behandeldossier en het ingevulde vragenformulier bij de tandarts op te vragen en deze stukken aan hem toe te sturen. Op 8 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief de eindconclusie van het onderzoek aan verzoekster meegedeeld, waarbij hij heeft verklaard dat de in de brief van 18 november 2022 genoemde maatregelen en de terugvordering ongewijzigd van kracht blijven. Op 15 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 1.667,52 bij verzoekster gevorderd. Per e-mailbericht van 22 maart 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar is om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 18 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij bereid is het onderzoek te heropenen. Op 28 april 2023 ontving de ziektekostenverzekeraar een deel van het behandeldossier van verzoekster. In zijn brief van 4 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een machtiging, teneinde het medisch dossier van verzoekster op te vragen. Daarnaast heeft hij verzoekster verzocht een vragenformulier in te vullen. Bij brief van 11 mei 2023 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat zij haar klacht heeft gemeld bij de SKGZ.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aan haar opgelegde maatregelen per direct op te heffen en dat hij het bedrag van € 1.667,52 niet van haar mag terugvorderen.
- 4.2. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 27 maart 2023 gesteld dat zij bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering naar waarheid heeft verklaard. Op de dag van het aanvragen van de aanvullende ziektekostenverzekering, te weten 3 december 2020, was immers geen sprake van behandeling. Verzoekster heeft toegelicht dat zij aanhoudend last had van een ontbrekend element en een bijt fibroom heeft laten verwijderen door haar tandarts. Hierop is besloten dat het urgent was om ter plaatse een implantaat aan te brengen. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd en heeft ten onrechte de maatregelen opgelegd. Hij baseert zijn besluit op een dossier waarover geen informatie is verkregen. Deze informatie is wel opgevraagd bij de behandelend tandarts. Nu deze informatie echter niet is gedeeld, is het besluit van de ziektekostenverzekeraar niet rechtmatig.

- 4.3. In het klachtenformulier van 5 september 2023 heeft verzoekster aangevoerd dat niet vast staat dat zij op 3 december 2020 al wist dat ter plaatse van het ontbrekende element op enig moment met spoed een implantaat moest worden aangebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde stukken alsnog ontvangen van de behandelend tandarts en daarmee dienen de opgelegde maatregelen te vervallen. Op de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar zonder correcte onderbouwing gereageerd. Ook verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de inhoud van een telefoongesprek met verzoekster en een begroting die is opgemaakt.
- Verzoekster heeft voorts toegelicht dat zij in het verleden ernstig ziek is geweest. Zij heeft gedurende de ziekteperiode schade opgelopen aan haar gebit door chemokuren. Hierdoor heeft zij ook enorme last gehad van het ontbrekende element. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat het bijtfibroom, dat was ontstaan als gevolg van het ontbrekende element, pas later is verwijderd. Het bijtfibroom is inderdaad pas na het aanbrengen van het implantaat verwijderd, omdat zolang het element ontbrak, dit niet zinvol was.
- Verzoekster merkt verder op dat de ziektekostenverzekeraar haar gedurende de periode van ziekte niet heeft gewezen op de regeling bijzondere tandheelkunde, terwijl hij wel ervan op de hoogte was dat zij toen ernstig ziek was. Behandelingen zoals een operatie, chemokuren en bestralingen zijn in die periode immers vergoed.
- Verzoekster heeft een verslag uit 2013/2014 overgelegd, waaruit kan worden opgemaakt dat er in die jaren al sprake was van een kroon. Als gevolg van de chemokuren is de kroon los komen te zitten en is deze eruit gevallen. Het restant van de kies is in 2020 verwijderd, omdat dit niet meer kon worden behouden.
- 4.4. In het e-mailbericht van 21 november 2023 heeft verzoekster opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar niet inhoudelijk is ingegaan op de berichtgeving van de tandarts uit 2014 dat er destijds al sprake van was dat het plaatsen van een kroon of een andere behandeling in de toekomst zou moeten plaatsvinden. Dat element 16 uiteindelijk in 2020 verloren is gegaan, heeft geleid tot gezondheidsklachten.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster overigens wel degelijk schade toegebracht. Volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna: AVG) dient een verzekeraar toestemming te krijgen en deze is door verzoekster niet verleend. De ziektekostenverzekeraar beticht haar van fraude, maar juist het opvragen van informatie zonder toestemming is aan te merken als fraude. Het is daarbij niet aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of verzoekster schade heeft ondervonden.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij de aanvullende ziektekostenverzekering op 3 december 2020 heeft afgesloten. In maart 2021 heeft zij de betreffende declaratie ingediend. De ziektekostenverzekeraar stelt zich dan ook ten onrechte op het standpunt dat zij voorafgaand aan het afsluiten van de ziektekostenverzekering al wist dat de behandeling zou gaan plaatsvinden. Op 3 december 2020 was immers geen sprake van een tandheelkundige behandeling en verwachtte verzoekster ook geen behandeling. Zij is in 2013/2014 behandeld vanwege kanker en dit heeft schade aan haar gebit veroorzaakt. Achter in haar gebit is een kies verloren gegaan. Esthetisch gezien was het niet nodig om een implantaat te plaatsen. De behandeling is uitgevoerd vanwege gezondheidsredenen. Verzoekster kreeg namelijk klachten in de vorm van een bijtfibroom. Haar tandarts heeft toen besloten dat een implantaat moest worden aangebracht. Het bijtfibroom was op 3 december 2020 slechts lichtelijk aanwezig, maar is nadien steeds erger geworden.
- Volgens verzoekster zijn de opgelegde maatregelen buitenproportioneel. Daarnaast heeft zij de grondslag van de opgelegde maatregelen, te weten het niet meewerken aan het onderzoek, betwist. Zij heeft namelijk wel degelijk meegewerkt aan het onderzoek en hierover enkele malen zelf contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Zij zou steeds worden teruggebeld, maar dit is niet gebeurd. Verzoekster heeft de gegevens van haar huidige tandarts opgestuurd. Hierbij heeft zij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat zij geen patiënt meer was bij de vorige tandarts.

Later bleek dat de ziektekostenverzekeraar nog andere informatie nodig had en deze zelf al had opgevraagd bij haar vroegere tandarts. Hiervoor had verzoekster geen toestemming gegeven. Zij was hiertoe overigens wel bereid geweest, maar de declaratie ging over een behandeling door haar huidige tandarts.

- 4.6. In haar e-mailbericht van 23 december 2023 heeft verzoekster toegelicht dat uit het behandeldossier blijkt dat zij informatie heeft opgevraagd. Voorts blijkt uit het behandeldossier dat zij van behandeling heeft afgezien, omdat zij geen klachten had en het niet noodzakelijk was om op voorhand een behandeling te ondergaan. De gebitsschade is namelijk ontstaan in 2013/2014 ten gevolge van een behandeling tegen kanker. Er was sprake van een zwak element en wellicht was behandeling in de toekomst nodig. Op de plek waar de kies ontbrak, is een groot bijtfibroom ontstaan. Dit heeft geleid tot ernstige klachten bij verzoekster. Zij kon slecht eten en vermagerde. Daarnaast had zij veel pijn aan het bijtfibroom. Het bijtfibroom is ontstaan door het ontbreken van het element en niet door het aanbrengen van het implantaat. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster niet wordt beticht van fraude. De ziektekostenverzekeraar heeft echter meerdere brieven gestuurd waaruit blijkt dat verzoekster is betrokken bij een fraudeonderzoek. Verzoekster heeft opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar excuses heeft aangeboden, omdat hij zonder haar toestemming informatie heeft willen opvragen bij een tandarts. De ziektekostenverzekeraar concludeert direct dat dit niet tot schade heeft geleid voor verzoekster, zonder dit te toetsen.
- 4.7. In haar e-mailbericht van 8 januari 2024 heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd haar te attenderen op, en te adviseren over de mogelijkheid van vergoeding op grond van de regeling bijzondere tandheelkunde. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar de verschillende registraties opgelegd zonder de grondslag en de duur hiervan te onderbouwen. Verzoekster is al twaalf jaar verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en er is nimmer sprake geweest van het niet voldoen van premie of een betalingsachterstand. De ziektekostenverzekeraar verschuilt zich achter het feit dat verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering heeft opgezegd. Tot slot heeft verzoekster verklaard dat de ziektekostenverzekeraar een voorbeeldfunctie heeft ten aanzien van zijn verzekerden. Een zorgverzekeraar is verplicht zorg te dragen voor zijn verzekerden. Dit betekent dat hij zich moet inspannen opdat zijn verzekerden de benodigde zorg krijgen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Bij brief van 26 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor de aanvullende ziektekostenverzekering een medische selectie geldt. Verzoekster heeft op 3 december 2020 de aanvullende ziektekostenverzekering aangevraagd. Aan het aanvraagformulier is een beslisboom gekoppeld. Indien de aspirant-verzekerde op dit formulier aangeeft dat hij of zij in de komende twee jaren een tandheelkundige behandeling verwacht, dan kan de aanvullende ziektekostenverzekering niet worden afgesloten. Verzoekster heeft bij de aanvraag verklaard in de komende twee jaren geen tandheelkundige behandeling te verwachten en is daarom toegelaten tot de aanvullende ziektekostenverzekering. Op 2 maart 2021 ontving de ziektekostenverzekeraar een declaratie voor onder andere een implantaatbehandeling ter plaatse van element 16. Daarnaast bleek uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar een declaratie voor extractie van element 16 op 5 oktober 2020 en een declaratie voor een initieel implantologisch onderzoek op 28 oktober 2020 ter plaatse van element 16. Dit was voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding om te onderzoeken of de behandeling van 2 maart 2021 niet al te verwachten was toen de verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering op 3 december 2020 afsloot.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 24 augustus 2022 om medewerking bij het onderzoek hiernaar verzocht. Haar is gevraagd een medische machtiging te verstrekken

en een vragenformulier in te vullen. Verzoekster heeft hierop, ook na een rappel, niet gereageerd en heeft daarmee geen medewerking verleend aan het onderzoek. De ziektekostenverzekeraar rekent haar dit zwaar aan. Verzoekster stelt zich niet toetsbaar op en verhindert daarmee dat de ziektekostenverzekeraar de rechtmatigheid van haar aanvullende ziektekostenverzekering en de declaraties kan controleren. Het betreft een gedraging die een bedreiging vormt voor de belangen van de ziektekostenverzekeraar en de continuïteit en/of integriteit van de financiële sector. Het belang van de ziektekostenverzekeraar om zichzelf en de financiële sector te beschermen weegt daarbij zwaarder dan de belangen van verzoekster en dit rechtvaardigt de interne registraties voor de maximale duur van acht jaren. Daarnaast bestaat er bij het niet-nakomen van de verplichtingen geen recht op zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de uitbetaalde kosten voor mondzorg over 2021 en 2022 teruggevorderd. Hierover is verzoekster bij brief van 18 november 2022 geïnformeerd.

- 5.3. Op 29 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog een ondertekende medische machtiging van verzoekster ontvangen. Deze medische machtiging was opgevraagd voor drie tandartsen, namelijk de behandelend tandarts en twee vestigingen van haar vroegere tandarts. Op de machtiging heeft verzoekster de vestigingen van de vroegere tandarts doorgehaald met de opmerking dat zij daar geen patiënt meer is. De ziektekostenverzekeraar heeft dit opgevat als een mededeling, maar niet als een weigering van de machtiging. Hij heeft dan ook informatie opgevraagd bij de vroegere tandarts. Deze informatie is vervolgens niet verstrekt. De ziektekostenverzekeraar begrijpt nu dat verzoekster niet heeft bedoeld een machtiging voor de vroegere tandarts af te geven. Omdat de ziektekostenverzekeraar echter geen informatie heeft ontvangen van deze tandarts, is verzoekster niet in haar belangen geschaad.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft tevens informatie opgevraagd bij de behandelend tandarts van verzoekster. Ook hier bleef een reactie uit, ondanks toezending van een herinnering. Op 28 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog een behandeldossier ontvangen. De informatie was echter niet volledig, omdat de vragenlijst niet was ingevuld en het een behandeldossier van de behandelend tandarts vanaf 9 december 2020 betrof. De ziektekostenverzekeraar had uitdrukkelijk verzocht om het behandeldossier over (geheel) 2020 tot en met 30 november 2022. Te meer daar verzoekster in oktober 2020 een initieel implantologisch onderzoek bij de vroegere tandarts heeft gehad, was deze informatie voor de beoordeling van de juistheid van de aanvraag van verzoekster van belang. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster nogmaals om haar medewerking verzocht, maar deze is niet verleend. Aangezien verzoekster niet heeft meegewerkt aan het fraudeonderzoek is er geen onderzoeksrapport.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij wilde onderzoeken of verzoekster op 3 december 2020 wist dat een behandeling zou moeten plaatsvinden. Verzoekster weigerde echter hieraan haar medewerking te verlenen. Daarom zijn de maatregelen opgelegd. De opgelegde maatregelen zijn niet buitenproportioneel. Volgens verzoekster is het bijtffibroom de indicatie voor het implantaat, maar dit vindt de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk. Het plaatsen van een nieuw element kan juist zorgen voor irritatie bij de wang en daardoor kan een bijtffibroom ontstaan. Het gaat in deze zaak echter niet om de oorzaak van het bijtffibroom. De ziektekostenverzekeraar wilde de rechtmatigheid van de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering toetsen. Hiervoor was medische informatie nodig over het gehele jaar 2020. Deze informatie heeft hij niet ontvangen en daarom kon geen onderzoek worden gedaan. Uit artikel 5.2. van de voorwaarden van de verzekering blijkt dat op het moment dat een verzekerde geen medewerking verleent aan een onderzoek, en dus niet de benodigde informatie verstrekt, geen recht bestaat op vergoeding van zorg. Daarnaast wordt in artikel A.19 van de verzekeringsvoorwaarden verwezen naar het Privacy statement. Hierin is opgenomen dat in geval van een incident de gegevens van een verzekerde kunnen worden geregistreerd. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen om het incident, te weten het niet meewerken aan een onderzoek, voor de maximale termijn te registreren. Dergelijke incidenten maken mogelijk inbreuk op de integriteit en vormen een gevaar voor de zorgverzekeraar en de financiële sector. De ziektekostenverzekeraar vindt het belangrijk om zich hiertegen maximaal te beschermen.

Het niet-meewerken aan het onderzoek is ernstig genoeg om het incident voor de maximale duur te registreren. Het betreft interne registraties. Voor de registratie in het Incidentenregister geldt dat als een externe partij de ziektekostenverzekeraar op basis van het PIFI bevrage, de gegevens uit dit register ook extern kunnen worden gedeeld. Hierbij is van belang dat de ziektekostenverzekeraar deze informatie niet actief naar buiten brengt. De waarborgen van het PIFI worden hierbij in acht genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft de gang van zaken vanaf de start van het onderzoek toegelicht.

Hij heeft meermaals om informatie gevraagd, maar deze niet ontvangen. In april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een patiëntenkaart ontvangen, maar deze was niet volledig. De patiëntenkaart bevatte namelijk geen informatie van vóór 9 december 2020.

- 5.6. In zijn brief van 13 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat volgens zijn adviserend tandarts uit het behandeldossier van verzoekster blijkt dat element 16 op 5 oktober 2020 is geëxtraheerd. Toen is ook vervanging besproken. Op 28 oktober 2020 staat vermeld: *"mevrouw wenst implantaat ter plaatse van element 16. Procedure besproken"*. Tevens heeft er op die dag een initieel onderzoek implantologie plaatsgevonden. Gezien de informatie uit het behandeldossier en het feit dat verzoekster op 14 oktober 2020 telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar navraag heeft gedaan naar de vergoeding van een implantaat, heeft verzoekster bij het online afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte aangegeven dat geen behandelingen waren te verwachten.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en de AVG 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.
- 7.2. Vast staat dat verzoekster op 3 december 2020 via de website van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering heeft aangevraagd. Hierbij heeft verzoekster een aanvraagformulier met verschillende vragen ingevuld. Onder andere is de vraag gesteld: *"Verwacht één van de te verzekeren personen de komende 2 jaar een tandheelkundige behandeling?"*. Daarbij is de mogelijkheid geboden om verschillende behandelingen aan te kruisen, waaronder *"Implantaten"*. Verzoekster heeft de vraag met *"nee"* beantwoord en mede op basis hiervan is de aanvullende ziektekostenverzekering tot stand gekomen.
- 7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien, onder verwijzing naar de aanvraag van 3 december 2020, informatie bij verzoekster opgevraagd. Volgens de ziektekostenverzekeraar weigerde verzoekster hieraan mee te werken. De commissie vat dit aldus op dat de ziektekostenverzekeraar onderzoek wilde doen naar een eventuele schending van de op verzoekster rustende mededelingsplicht, zoals bedoeld in artikel 7:928 BW.
- 7.4. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:928 BW een mededelingsplicht geldt bij het aangaan van een verzekeringsovereenkomst. Volgens het eerste lid van genoemd artikel is de verzekeringnemer verplicht vóór het afsluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, hij weet of behoort te begrijpen dat,

de beslissing van de verzekeraar of en, zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen afsluiten, afhangt of kan afhangen.

In dit geval behoort tot deze feiten de verwachting dat het aanbrengen van een implantaat moet plaatsvinden, aangezien hier door de ziektekostenverzekeraar expliciet naar is gevraagd.

- 7.5. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde declaratieoverzicht van oktober 2020 blijkt dat verzoekster op 5 oktober 2020 een declaratie heeft ingediend voor 'trekken tand of kies' van element 16 en op 28 oktober 2020 een declaratie voor 'initieel onderzoek implantologie'. Vervolgens is op 2 maart 2021 een implantaat ter plaatse van element 16 aangebracht. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij de vraag op het aanvraagformulier naar waarheid heeft ingevuld, omdat op het moment van het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering geen sprake was van een tandheelkundige behandeling. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Weliswaar was nog niet met de behandeling aangevangen, maar gebleken is dat deze - zoals daarnaar gevraagd in de hiervoor onder 7.2 geciteerde vraag - wel te verwachten was. Dit blijkt ook uit de onweersproken stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster op 14 oktober 2020 informeerde naar de vergoeding van een implantaat. Het is dan ook aannemelijk en door verzoekster niet, althans onvoldoende weerlegd, dat de tandheelkundige noodzaak en het voornemen van verzoekster een implantaat te laten aanbrengen ter plaatse van element 16 ten tijde van de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering op 3 december 2020 al vaststonden, waarbij mede in aanmerking wordt genomen dat de behandeling van het bijfibroom werd uitgesteld tot na het aanbrengen van het implantaat. Daarbij is de vraagstelling naar het oordeel van de commissie duidelijk en maar voor één uitleg vatbaar. Ook over de termijn van twee jaren kan geen misverstand bestaan. De commissie concludeert dan ook dat verzoekster de op haar rustende mededelingsplicht in de zin van artikel 7:928 BW heeft geschonden. Hetgeen verzoekster heeft gesteld over de reeds aanwezige kroon, de vastgestelde noodzaak van behandeling, haar ziektegeschiedenis, de regeling bijzondere tandheelkunde, en de verplichtingen van de ziektekostenverzekeraar speelt voor de schending van de mededelingsplicht geen rol, en maakt het vorenstaande niet anders.
- 7.6. Ingevolge de artikelen 7:929 en 7:930 BW kan een verzekeraar verschillende maatregelen treffen bij schending van de mededelingsplicht. Uit het vierde lid van artikel 7:930 BW blijkt dat geen uitkering is verschuldigd, indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard, naar de commissie begrijpt, dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet zou zijn afgesloten als verzoekster bij de betreffende vraag op het antwoordformulier "ja, implantaten" had ingevuld. De consequentie hiervan is dan ook dat er in dat geval geen basis zou hebben bestaan voor de door de ziektekostenverzekeraar gedane uitkering ten bedrage van € 1.667,52. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar dit bedrag op deze grond van verzoekster mocht terugvorderen.
- 7.7. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal aanvullende maatregelen opgelegd, te weten: registratie van de gebeurtenis in de gebeurtenissenadministratie en opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR en het Incidentenregister. Deze maatregelen zijn opgenomen in artikel A.20. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering en gaat over fraude.
- 7.8. Registratie van een gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie en van persoonsgegevens in het IVR zijn gebaseerd op de GVPV. De registratie van de persoonsgegevens in het Incidentenregister is gebaseerd op het PIFI. In de GVPV wordt in dit verband een koppeling gelegd naar bepaalde gebeurtenissen. Hierbij kan worden gedacht aan de uitkomsten van screeningsverzoeken, klachten van klanten, (mogelijke) verzekeringsfraude of het niet naleven van afspraken waaronder structureel wanbetalingsgedrag of faillissementen. Dit blijkt uit de toelichting op artikel 4.5.3. van het GVPV. Uit artikel 3.1.1. van het PIFI blijkt dat in het Incidentenregister door de betreffende verzekeraar gegevens van (rechts)personen worden vastgelegd ten behoeve van het in artikel 4.1.1. genoemde

doel, naar aanleiding van een of betrekking hebbend op een Incident. Een incident wordt in het PIFI gedefinieerd als: *“een gebeurtenis die als gevolg heeft, zou kunnen hebben of heeft gehad dat de belangen, integriteit of veiligheid van de cliënten of medewerkers van een Financiële Instelling, de Financiële Instelling zelf of de financiële sector als geheel in het geding zijn of kunnen zijn, zoals het falsificeren van nota’s, identiteitsfraude, skimming, verduistering in dienstbetrekking, phishing en opzettelijke misleiding”*.

- 7.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, verklaard dat in onderhavige situatie geen sprake is van fraude. De commissie concludeert dat de hiervoor in 7.7. genoemde maatregelen niet kunnen zijn opgelegd in het kader van artikel A.20., aangezien deze bepaling betrekking heeft op fraude.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar zijn Privacy statement, zoals bedoeld in artikel A.19. van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar hierin niet. Indien geen sprake is van fraude, zal de maatregel verband moeten houden met een (andere) gebeurtenis zoals vermeld in de GVPV (Gebeurtenissenadministratie en IVR) of van een (ander) incident zoals vermeld in het PIFI (Incidentenregister). Het niet meewerken aan een onderzoek naar een eventuele schending van de mededelingsplicht wordt hierin niet genoemd. Het Privacy statement biedt geen zelfstandige mogelijkheid tot het opnemen van een gebeurtenis of incident in de op het PIFI en de GVPV gebaseerde registraties vanwege genoemde grond.
- Dit leidt tot de conclusie dat de opname van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie en van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR en het Incidentenregister moet komen te vervallen.
- 7.10. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar informatie heeft opgevraagd bij haar vroegere tandarts, zonder dat zij hiervoor een medische machtiging had verstrekt. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de verwerking van persoonsgegevens zoals bedoeld in artikel 6 AVG en de verwerking van bijzondere persoonsgegevens zoals bedoeld in artikel 9 AVG. De ziektekostenverzekeraar heeft persoonsgegevens in de zin van artikel 6 AVG gedeeld met de twee locaties van de vroegere tandarts. Hiermee heeft hij persoonsgegevens verwerkt. De ziektekostenverzekeraar was hiertoe gerechtigd, ondanks het ontbreken van toestemming. Hij heeft de NAW gegevens en geboortedatum van verzoekster mogen delen in het kader van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De ziektekostenverzekeraar heeft de vroegere tandarts tevens gevraagd bijzondere persoonsgegevens van verzoekster, zoals bedoeld in artikel 9 AVG, met hem te delen. Voor de verwerking van deze persoonsgegevens geldt in beginsel een verbod, tenzij een verwerkingsgrondslag bestaat, en deze ontbreekt. Op het verzoek van de ziektekostenverzekeraar om bijzondere persoonsgegevens te delen is echter geen reactie van de vroegere tandarts gekomen. Er zijn dus geen bijzondere persoonsgegevens van verzoekster verwerkt zonder haar toestemming. Daarom ziet de commissie geen aanleiding aan het opvragen hiervan consequenties aan te verbinden.

Slotsom

- 7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- de registratie van de gebeurtenis in het Gebeurtenissenregister en de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR en het Incidentenregister dienen te vervallen;
 - de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - hetgeen meer of anders is verzocht wordt afgewezen.

Zeist, 15 februari 2024,

A.I.M. van Mierlo

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 ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 928

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.
3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.
4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 3 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.
5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.
6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Artikel 929

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 930

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.
3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.

VERORDENING (EU) 2016/679

Artikel 6

Rechtmatigheid van de verwerking

1. De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:

- a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;
- b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;
- c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;
- d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;
- e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;
- f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

De eerste alinea, punt f), geldt niet voor de verwerking door overheidsinstanties in het kader van de uitoefening van hun taken.

2. De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX.

3. De rechtsgrond voor de in lid 1, punten c) en e), bedoelde verwerking moet worden vastgesteld bij:

- a) Unierecht; of
- b) lidstatelijk recht dat op de verwerkingsverantwoordelijke van toepassing is.

Het doel van de verwerking wordt in die rechtsgrond vastgesteld of is met betrekking tot de in lid 1, punt e), bedoelde verwerking noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend. Die rechtsgrond kan specifieke bepalingen bevatten om de toepassing van de regels van deze verordening aan te passen, met inbegrip van de algemene voorwaarden inzake de rechtmatigheid van verwerking door de verwerkingsverantwoordelijke; de types verwerkte gegevens; de betrokkenen; de entiteiten waaraan en de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt; de doelbinding; de opslagperioden; en de verwerkingsactiviteiten en -procedures, waaronder maatregelen om te zorgen voor een rechtmatige en behoorlijke verwerking, zoals die voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX. Het Unierecht of het lidstatelijke recht moet beantwoorden aan een doelstelling van algemeen belang en moet evenredig zijn met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

4. Wanneer de verwerking voor een ander doel dan dat waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld niet berust op toestemming van de betrokkene of op een Unierechtelijke bepaling of een lidstaatrechtelijke bepaling die in een democratische samenleving een noodzakelijke en evenredige maatregel vormt ter waarborging van de in artikel 23, lid 1, bedoelde doelstellingen houdt de verwerkingsverantwoordelijke bij de beoordeling van de vraag of de verwerking voor een ander doel verenigbaar is met het doel waarvoor de persoonsgegevens aanvankelijk zijn verzameld onder meer rekening met:

- a) ieder verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking;
- b) het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld, met name wat de verhouding tussen de betrokkenen en de verwerkingsverantwoordelijke betreft;
- c) de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere categorieën van persoonsgegevens worden verwerkt, overeenkomstig artikel 9, en of persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten worden verwerkt, overeenkomstig artikel 10;
- d) de mogelijke gevolgen van de voorgenomen verdere verwerking voor de betrokkenen;
- e) het bestaan van passende waarborgen, waaronder eventueel versleuteling of pseudonimisering.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.
2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
 - a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;
 - b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;
 - c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;
 - d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;
 - e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;
 - f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;
 - g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;

h)de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;

i)de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

j)de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.

3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.

4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel A.17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verteend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven onder andere:

- a om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c om producten en diensten te verbeteren;
- d om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- e voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- f om risico's in te schatten;
- g voor relatiebeheer;
- h om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons [Privacystatement](http://www.zilverenkruis.nl), te raadplegen op www.zilverenkruis.nl

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons [Privacystatement](http://www.zilverenkruis.nl), te raadplegen op www.zilverenkruis.nl.



19.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.3 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.4 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

19.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a onder valse voorwendselen;
- b op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a aangifte doen bij de politie;
- b uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

A.21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kan geven, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 10 van de Jeugdwet (Jw).

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviseur.

