

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Ak te B vertegenwoordigd door E te F tegen C
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie bij het Bureau Justitiële Zaken
van het Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota, declaraties,
vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 2011.00617
Zittingsdatum : 31 augustus 2011

1. Partijen

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

tegen

C hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV TOP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De echtgenoot van verzoekster heeft op 17 augustus 2010 nota's ten bedrage van \$ 5.642,-- (€ 4.268,84) ingediend voor de aan haar en haar zoon verleende medische zorg gedurende haar verblijf in Alexandrië, Egypte.
- 3.2. Op 5 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat de betreffende declaraties zijn afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende nota's afgewezen en als frauduleus aangemerkt. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars. Tevens wordt een bedrag van € 250,- voor gemaakte onderzoekskosten op verzoekster verhaald.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 8 maart 2011, heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog moet vergoeden, en dat hij afziet van het vorderen van de door hem gemaakte onderzoekskosten (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 3 juni en 23 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2011 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is van 30 juni tot en met 15 augustus 2010 op vakantie geweest in Egypte. Van 1 tot en met 4 augustus 2010 is zij, samen met haar zoon, vanwege een voedselvergiftiging opgenomen geweest in het ziekenhuis. De nota's voor deze opname heeft zij na terugkomst in Nederland ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Na onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat voornoemde nota's frauduleus zijn en om die reden niet worden vergoed.
- 4.2. Verzoekster heeft in Egypte een flink bedrag moeten betalen aan het ziekenhuis. Zij heeft hiervoor geld moeten lenen van familie en moet dit nog terugbetalen. Op de nota's staan stempels, codes en handtekeningen die door de behandelaar zijn aangebracht. Dat sommige bedragen niet kloppen is niet aan verzoekster te wijten.
- 4.3. De echtgenoot van verzoekster heeft in Egypte telefonisch contact opgenomen met de reisverzekeraar om te informeren hoe hij een en ander moet regelen ten aanzien van betalingen en dergelijke. Hij heeft alleen korte antwoorden gehad en is niet goed ingelicht over de regels ten aanzien van het declareren van de onderhavige kosten.
- 4.4. Daarnaast wordt een bedrag van € 250,-- gevorderd voor de onderzoekskosten. Deze kosten dienen voor rekening van de ziektekostenverzekeraar te blijven. Verzoekster is namelijk niet voorafgaand aan het onderzoek verteld dat deze kosten voor haar rekening zouden komen. Verzoekster betaalt iedere maand de premie voor haar zorgverzekering en daarom dient de ziektekostenverzekeraar dit soort zaken te regelen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij samen met haar zoon vanwege maagproblemen bij de specialist in het ziekenhuis is geweest. De kosten van deze behandelingen zijn door haar zus contant voldaan.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar is naar aanleiding van de ter declaratie ingediende nota's een onderzoek gestart naar de rechtmatigheid daarvan. In het behandelverslag, dat in het Engels is opgesteld, staan veel spelfouten. Ook de leeftijden van verzoekster (47) en haar zoon (10) staan op de behandelverslagen verkeerd vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconstateerd dat de logo's van het ziekenhuis, zoals deze

op de twee behandelverslagen staan afgedrukt, niet overeenkomen en ook het lettertype dat voor de behandelverslagen is gebruikt verschilt. Los daarvan klopt de optelsom van de gedeclareerde bedragen niet en ontbreken de betalingsbewijzen.

- 5.2. In het kader van het onderzoek heeft op 7 oktober 2010 een gesprek plaatsgevonden met de echtgenoot van verzoekster. Deze heeft verklaard dat verzoekster en haar zoon tijdens de vakantie in Egypte ziek zijn geworden en zijn opgenomen in het ziekenhuis. In eerste instantie werd gedacht aan varkensgriep. Na onderzoek bleek dat sprake was van voedselvergiftiging. Na drie dagen opname hebben verzoekster en haar zoon het ziekenhuis op eigen initiatief verlaten. Voorts heeft de echtgenoot van verzoekster verklaard dat hij de nota contant heeft betaald. Aangezien verzoekster uit Nederland komt, is de nota opgemaakt en betaald in dollars en niet in Egyptische ponden. Ook de hoge tarieven houden hiermee verband. Verzoeksters echtgenoot heeft geen verklaring voor de door de ziektekostenverzekeraar opgemerkte onregelmatigheden.
- 5.3. De echtgenoot van verzoekster heeft voorts verklaard dat hij op 2 augustus 2010 de alarmcentrale van de reisverzekeraar heeft gebeld. Op aanraden van deze alarmcentrale heeft hij de nota's voorgeschoten en deze gefaxt naar het faxnummer op het verzekeringspasje. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat verzoekster noch haar echtgenoot contact heeft opgenomen met zijn alarmcentrale.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 250,-- bij verzoekster in rekening gebracht als bijdrage in de onderzoekskosten. Dit bedrag is slechts een gedeelte van de gemaakte onderzoekskosten. De werkelijke kosten zijn aanmerkelijk hoger.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de medische verslagen van verzoekster en haar zoon op meerdere punten niet kloppen. Zo zijn de lichaamstemperatuur en de behandeling bij zowel verzoekster als haar zoon identiek. Daarnaast komen de logo's van het ziekenhuis, zoals deze op de twee behandelverslagen staan afgedrukt, niet overeen, het lettertype dat voor de behandelverslagen is gebruikt verschilt en ook de vermelde leeftijden zijn niet juist.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil zijn het niet vergoeden van de gedeclareerde kosten, de opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister van het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars en het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoekster.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude,. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Geen recht op vergoeding van kosten bestaat, indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet [naam ziektekostenverzekeraar] te benadelen. In een dergelijk geval vervalt het recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

lid 2 Bij een vermoeden van fraude zal [naam ziektekostenverzekeraar] ter vaststelling daarvan een onderzoek (laten) instellen. Zodanig onderzoek schort de verplichting tot uitbetaling van het verzoek om kostenvergoeding op.

lid 3 Bij een vastgestelde fraude zal [naam ziektekostenverzekeraar] aangifte doen bij Justitie en registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede een reeds uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen. (...).”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van artikel 14 van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 9.3. De bedoeling van artikel 14 van de zorgverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 14 van de zorgverzekering gebezigde terminologie “verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of anderszins heeft gehandeld met het opzet [naam ziektekostenverzekeraar] te benadelen” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.4. Het voorgaande betekent, kort gezegd, dat sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang.
- 9.5. Verzoekster verbleef van 30 juni tot en met 15 augustus 2010 in Egypte. Zij heeft na terugkomst in Nederland de nota's voor een ziekenhuisopname van haarzelf en haar

zoon ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In totaal is een bedrag van € 4.268,84 gedeclareerd.

- 9.6. Het logo op het behandelverslag van verzoekster verschilt van dat op het behandelverslag van haar zoon. Ook de lettertypen van beide behandelverslagen verschillen alsmede de spelling van het adres van de zorginstelling. Op beide nota's staat een verkeerde leeftijd vermeld, te weten 57. Verzoekster was op dat moment 47 en haar zoon 10. Tevens valt op dat de munteenheid van de gefactureerde bedragen niet op de nota's staat vermeld.
- 9.7. Het geheel van deze feiten doet een wezenlijk ander beeld ontstaan omtrent de door verzoekster ter declaratie ingediende nota's voor haar ziekenhuisopname en die van haar zoon in Alexandrië, Egypte in 2010 dan verzoekster wil doen voorkomen met haar verklaringen. De commissie komt tot de vaststelling dat verzoekster bij haar declaraties een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met gebruikmaking van misleidende stukken. Op basis van de gang van zaken zoals die uit meergenoemde stukken naar voren is gekomen, leidt de commissie af dat verzoekster de vooropgezette bedoeling moet hebben gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Verzoekster heeft, daartoe in de gelegenheid gesteld, deze conclusie niet ontzenuwd. Dit leidt tot het oordeel dat bij verzoekster sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 7:941, lid 5 BW. De ziektekostenverzekeraar beroept zich terecht op het verval van verzoeksters recht op uitkering en heeft haar gegevens terecht geregistreerd bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.
- 9.8. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een deel van de onderzoekskosten, een bedrag van € 250,--, op verzoekster verhaald. Op grond van artikel 14, lid 3 van de zorgverzekering kan de ziektekostenverzekeraar bij vastgestelde fraude de onderzoekskosten verhalen op de verzekerde. De commissie ziet daarom geen aanleiding de vordering ten bedrage van € 250,-- voor de gemaakte onderzoekskosten te laten vervallen.
- 9.9. Voor zover verzoekster zich beroept op de informatie die telefonisch is verstrekt door de reisverzekeraar, kan dit beroep niet slagen. Indien al gesteld kan worden dat deze informatie niet correct is geweest, kan dit de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen, aangezien deze informatie niet door hem is verstrekt.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2011,

Voorzitter