

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500968

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 26 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 1 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 september 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 september 2025 respectievelijk 14 oktober 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster verbleef van 15 december 2023 tot 10 mei 2024 in de Democratische Republiek Congo. Op 25 juni 2024 heeft zij twee nota's voor de aldaar genoten zorg ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 12 december 2024 meegedeeld dat hij twijfel heeft over de ingediende nota's. De nota's zijn daarom overgedragen aan de afdeling 'Bureau Bijzonder Onderzoek', die een fraudeonderzoek zal verrichten.
- 2.3. Bij brief van 6 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster zijn bevindingen naar aanleiding van voornoemd onderzoek kenbaar gemaakt. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld op de bevindingen te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 29 januari 2025 haar reactie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 2.4. Bij brief van 19 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoekster heeft geprobeerd hem te misleiden door valselijk opgemaakte nota's ter declaratie in te dienen. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft zij hierdoor frauduleus gehandeld om een financieel voordeel te verkrijgen. Om die reden vergoedt de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten ten bedrage van € 2.312,47 niet en heeft hij aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd:
- de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden per 15 maart 2025 beëindigd;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 1 maart 2033 opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 1 maart 2033 opgenomen in het Interne Verwijzingsregister (hierna: IVR) van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 6 januari 2033 opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 6 januari 2026 opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR);
 - verzoekster mag zich gedurende 5 jaren niet verzekeren bij de ziektekostenverzekeraar of één van de verzekeraars van het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort;
 - de kosten van het onderzoek à € 670,50 worden op verzoekster verhaald.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij niet heeft gefraudeerd, dat de ziektekostenverzekeraar de door hem in dit verband opgelegde maatregelen ongedaan moet maken, en dat hij de ingediende nota's alsnog moet vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 29 januari 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, meegedeeld dat zij vóór haar vertrek op 15 december 2023 al last had van rugpijn. Deze pijn verergerde tijdens haar verblijf in de Democratische Republiek Congo. Zij is daarom naar het plaatselijke ziekenhuis gegaan en is daar behandeld. Nadat haar situatie na behandeling niet verbeterde, heeft zij een MRI-scan ondergaan. Hieruit bleek dat sprake was van een hernia. Vervolgens is zij begonnen met fysiotherapie en behandeling. Door haar situatie was het voor haar niet mogelijk om op de geplande datum van 11 maart 2024 terug naar huis te vliegen. Daarom heeft zij haar vliegticket omgeboekt naar 10 mei 2024. Na terugkeer in Nederland heeft zij de medische documenten overhandigd aan het ziekenhuis in Amsterdam. Sindsdien is zij onder behandeling bij een fysiotherapeut.
- 3.3. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 4 februari 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, toegelicht dat zij gedurende haar verblijf in de Democratische Republiek Congo diverse behandelingen heeft ondergaan bij een aan het ziekenhuis verbonden arts. Zij handelde met hem de betalingen en de hieraan verbonden administratie af. Verzoekster weet niet wat er vervolgens met het geld en de documenten is gebeurd. Zij kan dus geen verklaring geven voor hetgeen de medewerker van het ziekenhuis in dit verband heeft verklaard. Verder merkt verzoekster op dat zij zich bij het invullen van de retourdatum op het formulier heeft vergist. Tot slot stelt zij dat zij de behandelend arts had gevraagd om na afloop van de behandeling alle kosten op één nota te zetten, zodat zij deze ter declaratie kon indienen. Het was haar niet opgevallen dat hier een verkeerde einddatum op stond.

- 3.4. Verzoekster heeft in het verzoek om heroverweging van 13 maart 2025 benadrukt dat de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is verleend en dat zij de kosten hiervan contant heeft voldaan. De door haar ter declaratie ingediende nota's heeft zij ontvangen van het ziekenhuis. Mogelijk zijn er administratieve fouten gemaakt, of is fraude gepleegd in het ziekenhuis, en heeft het ziekenhuis om die reden verklaard dat de nota's zijn vervalst.

Verzoekster licht toe dat zij in haar eerste verklaring heeft vermeld dat zij van 15 december 2023 tot en met 14 februari 2024 in de Democratische Republiek Congo verbleef. Dit was echter een vergissing en hierdoor is verwarring ontstaan over de duur van haar verblijf aldaar. Zij is feitelijk op 9 mei 2024 vertrokken uit de Democratische Republiek Congo, zoals zij later ook heeft verduidelijkt. Dit wordt bevestigd aan de hand van de door haar overgelegde vliegtickets en het feit dat in de periode van 15 december 2023 tot 10 mei 2024 geen pintransacties op haar betaalrekening staan vermeld. Tussen 10 mei 2024 en 30 mei 2024 zijn er wel weer pintransacties verricht. De verwarring over de vermelde einddatum van 30 mei 2024 is veroorzaakt doordat de arts bedoelde duidelijk te maken dat verzoekster haar fysiotherapeutische behandeling thuis moest voortzetten tot die datum.

- 3.5. Verzoekster benadrukt in haar brief van 26 mei 2025, gericht aan de commissie, dat zij de betreffende nota's te goeder trouw ter declaratie heeft ingediend. De conclusie van de ziektekostenverzekeraar – dat sprake is van opzettelijke misleiding – is juridisch onhoudbaar, omdat hij niet heeft aangetoond dat verzoekster wist dat de nota's vals waren, of dat zij betrokken was bij het vervalsen van de nota's, dan wel dat zij opzettelijk onjuiste informatie heeft verstrekt met als doel een (hogere) vergoeding te verkrijgen. Verzoekster licht toe dat zij de documenten heeft ontvangen van het ziekenhuis of de behandelend arts. In de Democratische Republiek Congo is het gebruikelijk dat behandelingen contant worden betaald en dat patiënten de benodigde documenten meekrijgen van de behandelend arts. De ziektekostenverzekeraar twijfelt, op basis van de verklaring van één enkele ziekenhuismedewerker, aan de authenticiteit van de declaraties. Dit bewijst echter niet dat verzoekster wist of moest weten dat de documenten vals waren. Verzoekster benadrukt dat zonder bewijs van opzet geen sprake kan zijn van fraude in de zin van artikel 7:941, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek.

Ten aanzien van de verklaring van het ziekenhuis merkt verzoekster op dat er geen informatie is over de medewerker die deze verklaring heeft verstrekt. Ook is haar onbekend op basis waarvan deze medewerker kan uitsluiten dat een arts binnen het ziekenhuis de nota's heeft opgesteld. Verzoekster heeft al eerder verklaard dat zij een brief van de arts naar haar werkgever heeft gestuurd en een medische scan/foto van haar rug naar de huisarts. Deze handelingen zijn niet verenigbaar met het beeld dat zij zou hebben gefraudeerd. Bovendien blijkt uit haar medische dossier dat zij vóór en na haar verblijf in de Democratische Republiek Congo is behandeld in verband met rugklachten. Het is volgens haar niet logisch te veronderstellen dat zij daar vijf maanden zonder enige behandeling zou zijn gebleven.

- 3.6. Verzoekster heeft – daarnaar gevraagd – bij bericht van 13 juli 2025 toegelicht hoe een en ander destijds is verlopen. Na de vlucht naar de Democratische Republiek Congo werden haar rugklachten erger. Zij is daarom naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gegaan, alwaar zij enkele dagen opgenomen is geweest. De pijnstillers die zij kreeg hadden weinig effect, daarom is een MRI-scan gemaakt van haar rug. Hieruit bleek dat sprake was van een hernia. Zij is toen voor behandeling verwezen naar een fysiotherapeut. Zij is enkele keren per week behandeld, tot aan de laatste week voor haar vertrek naar huis.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 19 februari 2025, gericht aan verzoekster, geconcludeerd dat sprake is van fraude. Hij heeft hiertoe het volgende aangevoerd. Verzoekster heeft op 26 mei 2024 twee nota's ter declaratie ingediend voor zorg die zij in de Democratische Republiek Congo zou hebben genoten. De nota's zijn gedateerd op 6 april 2024 en bedragen

\$ 470,-- en \$ 2.035,-- (omgerekend een totaalbedrag van € 2.312,47). De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 januari 2025 meegedeeld dat hij een fraudeonderzoek is gestart. Tevens heeft hij een aantal vragen gesteld aan verzoekster. Zij heeft als eerste reactie kopiebankafschriften gestuurd, waaruit bleek dat zij op verschillende dagen en bij verschillende pinautomaten contant geld heeft opgenomen. Verzoekster heeft verklaard de nota's contant te hebben betaald. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende vragen gesteld. In reactie hierop heeft verzoekster hem een bewijs van betaling van het nieuwe vliegticket van 10 mei 2024 gestuurd. Daarna heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met een medewerker van het ziekenhuis. Deze medewerker heeft per e-mail verklaard dat sprake was van vervalste declaraties en dat de nota's niet zijn uitgeschreven door het betreffende ziekenhuis. Daarnaast zijn er andere discrepanties, aldus de ziektekostenverzekeraar. Zo heeft verzoekster op het vragenformulier verklaard dat zij van 15 december 2023 tot en met 14 februari 2024 in de Democratische Republiek Congo verbleef. Uit het eerste vliegticket bleek dat zij op 10 maart 2024 naar Brussel is gereisd. In een latere verklaring heeft zij gesteld dat dit een fout is geweest, en dat zij pas op 9 mei 2024 naar Brussel vertrok. De nota's zijn echter gedateerd op 6 april 2024. Volgens de verklaring van de arts zou verzoekster tot en met 30 mei 2024 onder behandeling zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als de behandeling inderdaad tot en met 30 mei 2024 heeft geduurd, het vreemd is dat verzoekster op 10 mei 2024 in Brussel is aangekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de in 2.4 genoemde maatregelen aan verzoekster opgelegd.

- 4.2. In de heroverweging van 15 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij geen aanleiding ziet om terug te komen op zijn eerdere beslissing. Hij licht toe dat de conclusie, dat sprake is van fraude, in de kern is gebaseerd op de bevinding dat de door verzoekster gedeclareerde nota's niet door het ziekenhuis zijn uitgeschreven. Het indienen van nota's voor niet-uitgevoerde behandelingen kan geen andere bedoeling hebben dan het met opzet misleiden van de ziektekostenverzekeraar om een (hogere) vergoeding te verkrijgen en moet worden aangemerkt als een schending van de verplichting als bedoeld in artikel 7:941, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek met het opzet om te misleiden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aanleiding om te twijfelen aan de verklaring van het ziekenhuis. Zelfs in het geval dat door het ziekenhuis zou zijn gefraudeerd, dan vormt dit geen (ondersteunend) bewijs van de stelling van verzoekster dat de gedeclareerde nota's rechtmatig zijn.
- 4.3. In de brief van 1 september 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar daarnaast het volgende aangevoerd. Verzoekster heeft op het vragenformulier ingevuld dat zij van 16 januari 2024 tot en met 30 mei 2024 opgenomen is geweest. Dit komt overeen met de periode op de nota, maar valt volgens de ziektekostenverzekeraar niet te rijmen met haar (oorspronkelijke) verklaring dat zij tot en met 14 februari 2024 in de Democratische Republiek Congo verbleef en ook niet met haar (latere) verklaring dat zij op 10 mei 2024 is teruggevologen en/of dat zij op 16 mei 2024 een ziekenhuisafspraken had in het ziekenhuis in Amsterdam. Verder verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de verklaring van verzoekster van 4 februari 2025. Hierin staat dat zij de betalingen en de administratie heeft afgehandeld met de behandelend arts. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met de betrokken arts. Deze heeft verklaard dat hij niets kan zeggen over de nota's, omdat hij geen administratie heeft. De administratie ligt bij het ziekenhuis, aldus de arts. Deze verklaring is dus in tegenspraak met hetgeen verzoekster heeft verklaard. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn brief van 1 september 2025 zijn onderzoeksrapport aan de commissie gezonden. In dit rapport wordt de volgende conclusie getrokken:
"Naar onze mening is er sprake van fraude. Dit is gebaseerd op het volgende:
 - *Het ziekenhuis verklaar[t] dat er sprake is van een valselijk opgemaakt document.*
 - *De datum van de nota kan niet kloppen, er staat 6 april 2024 terwijl volgens het vragenformulier verzekerde opgenomen was tot en met 30 mei 2024. Verzekerde geeft ook geen antwoord op de*

vraag wanneer zij nu exact is opgenomen.

- *Er is geen opnameverslag.*
- *Verzekerde verklaart last te hebben van haar rug. In het verslag staat dat er sprake is van cervico brachialgie, dit is nek schouderpijn die straalt normaal gesproken uit naar de armen (bovenste extremiteiten) en niet naar de benen (onderste extremiteiten). Declaratie is niet consistent met klachten.”*

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel A.23 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen en zijn weigering de ingediende nota's te vergoeden.

Veronderstelde fraude

- 6.3. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat sprake is van fraude in de zin van artikel A.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Om die reden heeft hij een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals is vermeld onder 2.4. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in artikel A.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel A.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.4. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden het recht op uitkering vervalt. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin niet is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.
- 6.5. Verzoekster verbleef vanaf 15 december 2023 in de Democratische Republiek Congo. Na terugkomst in Nederland heeft zij twee nota's van het Centre Medical Celpa te Kinshasa ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Naar aanleiding van deze twee nota's is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart. De ziektekostenverzekeraar voert onder meer aan dat de data van verblijf en behandeling niet kloppen. Zo zou verzoekster al op 14 februari 2024 zijn teruggekeerd naar Nederland, terwijl de nota's zijn gedateerd op 6 april 2024. Verzoekster heeft hiertegen aangevoerd dat zij door haar medische klachten niet – zoals gepland - op 14 februari

2024 kon terugkeren naar Nederland, en dat zij om die reden haar vliegticket heeft omgeboekt naar 9 mei 2024.

De commissie overweegt in dit verband dat verzoekster, door overlegging van haar visum waarop 9 mei 2024 staat vermeld, afdoende bewijs heeft geleverd van de terugvlucht op deze datum.

- 6.6. In het kader van het fraudeonderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelend arts in de Democratische Republiek Congo op 1 oktober 2024 telefonisch gesproken. Deze arts heeft verklaard dat hij verzoekster heeft behandeld, maar dat hij niets kon zeggen over de nota's omdat hij geen administratie heeft. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het ziekenhuis per e-mail gevraagd of de gedeclareerde nota's van hem afkomstig zijn en of de bedragen correct zijn. Het ziekenhuis heeft bij e-mailbericht van 6 december 2024 verklaard dat de documenten van hem komen, maar dat de bedragen die erop staan vermeld nooit door hem zijn geïnd. Tevens heeft het ziekenhuis verklaard dat hij zijn personeel heeft beboet in verband met het gebruik van vervalsingen. Verzoekster heeft ten aanzien van de betaling van de nota's verklaard dat zij de behandelend arts contant heeft betaald. Gezien voornoemde verklaringen overweegt de commissie dat niet kan worden uitgesloten dat verzoekster de betreffende nota's inderdaad contant heeft betaald, en dat de betreffende arts de ontvangen bedragen niet of niet volledig heeft afgedragen aan het ziekenhuis. Hierbij merkt de commissie op dat het ziekenhuis niet heeft verklaard dat verzoekster daar niet is behandeld. Daarnaast heeft verzoekster een verslag van het beeldvormend onderzoek, dat op 14 maart 2024 heeft plaatsgevonden, aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Dit onderzoeksverslag is door de ziektekostenverzekeraar niet ter discussie gesteld. De commissie stelt daarom vast dat door de ziektekostenverzekeraar niet wordt bestreden dat verzoekster in de Democratische Republiek Congo medische zorg heeft genoten, verleend door de betrokken arts, in het betreffende ziekenhuis. Het ligt vervolgens voor de hand dat hiervoor kosten bij haar in rekening zijn gebracht.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat op één van de nota's de kostenpost 'hôtellerie' is vermeld, en dat verzoekster op het vragenformulier heeft vermeld dat sprake was van een opname van 16 januari 2024 tot en met 30 mei 2024. Laatstgenoemde datum strookt niet met de notadatum van 9 april 2024 en de datum waarop verzoekster is teruggekeerd naar Nederland. Verzoekster heeft in dit kader niet toegelicht of zij opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Wel heeft zij aangevoerd dat zij de datum 30 mei 2024 niet had gezien, en dat zij ervan uitgaat dat de arts heeft bedoeld dat zij tot 30 mei 2024 moest worden behandeld door een fysiotherapeut. De commissie overweegt dat in de procedure niet duidelijk is geworden of sprake is geweest van een opname, en zo ja, gedurende welk tijdvak. De verklaring van verzoekster op dit punt is niet eenduidig. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover één directe vraag gesteld in zijn brief van 6 januari 2025, maar verzoekster heeft deze vraag niet beantwoord. Hoe het ook zij, de bestaande discrepantie rond de datum van 30 mei 2024 is onvoldoende om op basis hiervan te concluderen dat het opzet tot misleiding bestond. De mogelijkheid van een vergissing van de arts moet hierbij worden opengelaten.
- 6.8. Alles overwegende is de commissie van oordeel dat niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden.

Hierna zal worden ingegaan op de tegen verzoekster getroffen maatregelen.

Registratie persoonsgegevens

- 6.9. De verwerking van persoonsgegevens is aan regels gebonden. Deze zijn vastgelegd in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), waar een direct beroep op kan worden gedaan, en nader uitgewerkt in de Uitvoeringswet AVG (UAVG). Aan bepaalde verwerkingen van persoonsgegevens heeft de Autoriteit Persoonsgegevens bijzondere eisen gesteld. Zo is op grond

van de UAVG een Besluit lijst verwerkingen persoonsgegevens vastgesteld, waarvoor een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (DPIA) moet worden gedaan. Voor zover op grond van deze beoordeling in het geval van fraude tot verwerking van persoonsgegevens wordt overgegaan, zoals op basis van artikel 6 (1) (f) AVG onder omstandigheden gerechtvaardigd kan zijn, met name om de integriteit van financiële instellingen te beschermen, is het uitgangspunt steeds dat moet zijn voldaan aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit. Subsidiariteit houdt in dat de registratie noodzakelijk moet zijn om het hiermee beoogde doel te bereiken. Bij de proportionaliteit gaat het over de vraag of (i) de registratie van de persoonsgegevens ‘op zich’ en (ii) de duur van de registratie niet verder gaan dan nodig om de integriteit van financiële instellingen te beschermen.

- 6.10. De eisen voor registratie van persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR zijn nader uitgewerkt in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI), waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De ziektekostenverzekeraar is via zijn lidmaatschap van deze vereniging gebonden aan het PIFI. Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij de persoonsgegevens van betrokkene worden vermeld. Een verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van degene die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systematisch toegankelijke registratie waartoe alle verzekeraars toegang hebben. De ziektekostenverzekeraar heeft bij beslissing van 19 februari 2025 meegedeeld dat hij de persoonsgegevens van verzoekster heeft opgenomen in het Incidentenregister tot 6 januari 2033 en in het EVR tot 6 januari 2026.
- 6.11. De persoonsgegevens van verzoekster zijn ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (IVR) van de ziektekostenverzekeraar, en wel voor de duur van 8 jaren. Op grond van artikel 4.5.3 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars moeten (zorg)verzekeraars een gebeurtenissenadministratie bijhouden voor waarborging van de veiligheid en integriteit van de dienstverlening en de sector. Als betrokkene een risico vormt voor de veiligheid en/of integriteit van de verzekeraar mogen de gegevens ook worden opgenomen in het IVR.
- 6.12. De commissie overweegt dat, gelet op hetgeen onder 6.8 is overwogen, de registratie in het Incidentenregister en het EVR moet worden doorgehaald, omdat noch is voldaan aan de rechtvaardiging van artikel 6 (1) (f) AVG noch het PIFI waaraan de ziektekostenverzekeraar zich heeft verbonden. Opzettelijke misleiding is immers niet komen vast te staan en de registratie draagt niet bij aan het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van strafbare gedragingen. Voorts is gesteld noch gebleken dat de registratie anderszins kan bijdragen aan de rechtvaardiging van het verwerken van persoonsgegevens in het licht van de in artikel 4.1.1 PIFI omschreven doelen ten aanzien van de bescherming van de integriteit van financiële instellingen. De registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR en de Gebeurtenissenadministratie moet daarom eveneens ongedaan worden gemaakt.

Verhaal onderzoekskosten

- 6.13. Nu niet is komen vast te staan dat sprake is geweest van opzettelijke misleiding, en daarmee van fraude, was de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd de onderzoekskosten ten bedrage van € 670,50 bij verzoekster in rekening te brengen.

Beëindiging verzekeringen

- 6.14. Hiervoor werd geconcludeerd dat niet is komen vast te staan dat verzoekster het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. De ziektekostenverzekeraar was daarom niet gerechtigd de verzekeringen op grond van artikel 7:940, derde lid, BW, en artikel A.6 van de

zorgverzekering en artikel A.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering per 15 maart 2025 te beëindigen.

- 6.15. De commissie merkt hierbij op dat sinds het beëindigen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geruime tijd is verstreken. Daarom ligt het voor de hand dat verzoekster inmiddels bij een andere zorgverzekeraar een verzekering als bedoeld in de Zvw, al dan niet in combinatie met een aanvullende verzekering, heeft afgesloten. De commissie beslist om die reden dat de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en/of de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster alleen hoeft te herstellen als zij hem hierom binnen één maand na het uitbrengen van dit bindend advies vraagt. In geval van herstel met terugwerkende kracht is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd de na 15 maart 2025 vervallen premie bij verzoekster in rekening te brengen. Daartegenover bestaat voor verzoekster alsdan de mogelijkheid de voor haar rekening gebleven, onder de dekking vallende ziektekosten van na deze datum te declareren.

Vergoeding van de twee gedeclareerde nota's

- 6.16. Nu in onderdeel 6.8. is vastgesteld dat niet is gebleken dat verzoekster het opzet had de ziektekostenverzekeraar te misleiden, dient te worden beoordeeld of zij aanspraak heeft op vergoeding van de door haar ter declaratie ingediende nota's. De commissie overweegt dat beide nota's onvoldoende gespecificeerd zijn. Zo blijkt uit de nota's noch wat de behandelperiode is geweest noch welke zorg precies is verleend. Gelet op het bepaalde in artikel 7:941, tweede lid, BW kan de ziektekostenverzekeraar aan de hand hiervan zijn uitkeringsplicht niet beoordelen en daarom heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding.

Klachtgeld

- 6.17. Aangezien verzoekster deels in het gelijk is gesteld, dient de ziektekostenverzekeraar het door haar betaalde klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:

- (i) niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de registratie van de persoonsgegevens in de Gebeurtenissenadministratie, het IVR, het Incidentenregister en het EVR om die reden ongedaan moet maken;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten niet mag verhalen op verzoekster;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster ten onrechte heeft beëindigd en dat hij deze verzekeringen, mits daarom tijdig wordt verzocht, met terugwerkende kracht tot 15 maart 2025 moet herstellen;
- (v) de door verzoekster ter declaratie ingediende nota's onvoldoende zijn gespecificeerd, en dat om die reden geen aanspraak bestaat op vergoeding hiervan;
- (vi) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 22 december 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen

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

Kunt u deze verzekering opzeggen?

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

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?

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

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

Zie ook:

[CAK](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

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

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

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

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

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

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering

Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:

- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont. Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.

- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt.
U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering

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

Bij misdrijf of overtreding

Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:

- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren

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

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering

Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.

Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)

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

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?

U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.

U kunt korting krijgen op uw premie:

- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:

- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgesloten;
- verplicht eigen risico en eigen bijdrages die u zelf moet betalen door wettelijke regelingen;
- toeslagen of extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.

Wij bedoelen hier niet de wettelijke rente, vertragingsrente of incassokosten die wij moeten maken als u niet of te laat betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen voor een vrijwillig eigen risico staan op uw premiebijlage zijn in euro's.

Zie ook:

[Polis\(blad\)](#) (begrippen)

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft

U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen

Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:

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

Uw actuele adres

U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.

Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Privacy

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

We verwerken uw persoonsgegevens volgens:

- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en
- de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantenservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg

Informatie die wij delen

Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakketsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:

- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
 - de Zorgverzekeringswet,
 - het landelijk 'Protocol materiële controle' en
 - het landelijk 'Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen'.
- U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener

Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:

- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;
- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.
- de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).

Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Begripsomschrijving hoofdaannemer

Een hoofdaannemer:

- is een zorgverlener en is bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut;
- contracteert als rechtspersoon in een samenwerkingsverband meerdere zorgverleners van verschillende disciplines;
- levert verschillende vormen van zorg zoals huisartsenzorg, diëtetiek en/of voetzorg;
- is verantwoordelijk voor:
- het handhaven en bewaken van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en
- het leveren van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Het gaat daarbij om de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.

Eisen aan zorg en zorgverleners

De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen:

- Per zorgvorm benoemen we de soort zorgverlener die de zorg mag leveren. Wij vergoeden geen zorg door een andere soort zorgverlener ook al is deze wel bevoegd om die zorg die leveren.
- De genoemde zorgverlener levert de zorg zelf en heeft een AGB-code. Een andere soort zorgverlener mag de zorg ook leveren als dat onder de verantwoordelijkheid van de genoemde zorgverlener gebeurt. Behalve als we bij een zorgvorm anders aangeven.
- De genoemde zorgverlener declareert onder eigen naam. Een instelling, een andere zorgverlener of een andere partij kan ook declareren als de naam van de behandelende, verantwoordelijke zorgverlener op de rekening staat.
- De zorgverlener moet bevoegd zijn om de zorg te leveren. Dit betekent dat hij moet voldoen aan de eisen en regels die via wetten aan zijn beroep, zijn bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld.

- u heeft bij ons een collectieve verzekering en u kunt bij uw nieuwe werkgever een andere collectieve verzekering bij ons afsluiten. U vraagt ons dan om te wisselen van de oude naar de nieuwe collectieve verzekering. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag.

Verzekering voor iemand anders

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

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?

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

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

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

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

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

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

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

Bij misdrijf of overtreding

Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:

- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;

- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren

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

Bij betalingsachterstand voor uw aanvullende verzekering

Bij een betalingsachterstand van 2 maanden of meer kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) stoppen.

Bij einde gezinsdeelname aan uw verzekering

Is een verzekerde geen gezinslid meer? Of is een verzekerde niet meer tijdelijk in het buitenland maar is hij of zij daar gaan wonen?

Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Wij stoppen dan de verzekering(en) van deze verzekerde.

Zie ook:

[Verzekerde](#) (begrippen)

Einde van uw collectiviteitsdeelname en uw aanvullende verzekering(en)

In deze situaties veranderen wij uw collectieve verzekering in een individuele verzekering:

- als de collectieve overeenkomst eindigt;
- als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) heeft afgesloten via een rechtspersoon en deze persoon uw belangen niet meer behartigt; of
- als u geen gezinslid meer bent van een persoon van wie de belangen worden behartigd.
- als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) heeft afgesloten via uw werkgever en u niet meer bij die werkgever werkt; of
- uw werkgever aangeeft dat u geen deel meer kunt nemen aan de collectiviteit; of
- als u geen gezinslid meer bent van een werknemer die collectief verzekerd is bij die werkgever.

Gaat het om een collectieve verzekering via uw werkgever en gaat u uit dienst? Geeft u dit dan binnen 30 dagen nadat u uit dienst bent aan ons door. Dan kunt u nog bij deze collectieve verzekering blijven tot 1 januari van het volgende jaar. Als wij het bericht na 30 dagen ontvangen dan bepalen wij wanneer deze collectieve verzekering wordt veranderd in een individuele verzekering.

In de andere situaties wordt/worden de collectieve verzekering(en) aansluitend omgezet in een individuele verzekering.

Wat gebeurt er nog meer bij verandering van een collectieve verzekering naar een individuele verzekering?

- U krijgt de individuele verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had;
- de voorwaarden van een individuele verzekering gelden;
- u moet de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering

Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.

Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)

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

- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen

Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:

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

Uw actuele adres

U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.

Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Privacy

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

We verwerken uw persoonsgegevens volgens:

- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en
 - de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).
- In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg

Informatie die wij delen

Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakkeetsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:

- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
- de Zorgverzekeringswet,
- het landelijk 'Protocol materiële controle' en

- het landelijk 'Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen'.
U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener

Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:

- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;
- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.
- de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).
Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Eisen aan zorg en zorgverleners

De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen:

- Per zorgvorm benoemen we de soort zorgverlener die de zorg mag leveren. Wij vergoeden geen zorg door een andere soort zorgverlener ook al is deze wel bevoegd om die zorg die leveren.
- De genoemde zorgverlener levert de zorg zelf en heeft een AGB-code. Een andere soort zorgverlener mag de zorg ook leveren als dat onder de verantwoordelijkheid van de genoemde zorgverlener gebeurt. Behalve als we bij een zorgvorm anders aangeven.
- De genoemde zorgverlener declareert onder eigen naam. Een instelling, een andere zorgverlener of een andere partij kan ook declareren als de naam van de behandelende, verantwoordelijke zorgverlener op de rekening staat.
- De zorgverlener moet bevoegd zijn om de zorg te leveren. Dit betekent dat hij moet voldoen aan de eisen en regels die via wetten aan zijn beroep, zijn bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld.
- Een in Nederland gevestigde zorgverlener moet voldoen aan de eisen van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ).
- De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geldt ook voor artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Zij moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander register dat wij gelijkwaardig vinden.
- Van andere zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg als zij op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd. Zij moeten dan de titel of het onderscheidingsteken voeren die rechtmatig aan die opleiding verbonden is.
- Voor sommige zorgvormen hebben wij extra voorwaarden aan de zorgverlener gesteld als kwaliteitsgarantie. U leest dat bij de betreffende zorgverleners. Bijvoorbeeld: Een podotherapeut moet lid zijn van de N.V.v.P. Een alternatief zorgverlener moet als lid zijn ingeschreven bij één van de beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen; de lijst met beroepsverenigingen vindt u op onze website.
- Een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Als deze regelgeving er niet is dan gelden de regels die in dat land daar zorgverleners binnen die zorg gebruikelijk is.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [Buitenland](#) (begrippen)

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen

U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen

Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.

Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen

Aan welke eisen moet een rekening voldoen?

- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
- naam en adres van de zorgverlener;
- uw naam en geboortedatum;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven;
- de kosten van de gegeven zorg;
- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register als het om een zorgverlener gaat die BIG-geregistreerd moet zijn;
- de AGB-code als dat van toepassing is.
- de vereisten aan een rekening zoals de belastingdienst die stelt voor de BTW.

Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang.

Wat doen wij niet?

- wij vergoeden geen offertes, voorschotrekeningen, herinneringen of aanmaningen;
- wij sturen geen rekeningen of documenten die bij de rekening horen terug. Ook niet als er maar een deel of helemaal niets is vergoed. U kunt wel een gewaarmerkte kopie (kopie van de rekening met een originele waarmerkstempel) bij ons opvragen.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Buitenlandse rekeningen die niet helemaal vergoed zijn

Woont u niet in Nederland en heeft u in uw woonland zorg gehad? U heeft de originele rekening ingediend en die is niet helemaal vergoed? Dan heeft u misschien recht op (een deel van) vergoeding uit uw basisverzekering.

Wat moet u doen?

U stuurt (een kopie van) de rekening naar ons met daarbij een verklaring van de sociale of wettelijke verzekering van het land waarin u woont. In die verklaring moet staan:

- dat (een deel van) de kosten niet is vergoed en
- welk bedrag er niet is vergoed.

Zorgkosten declareren

Hoe kunt u uw zorgkosten declareren?

- met uw smartphone via onze app stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - online via de Mijn omgeving stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - via de post stuurt u ons de originele rekeningen;
- Soms mag het ook een kopie zijn als u dat met ons heeft afgesproken. Dat is een uitzondering. Uw gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekeningen rechtevreeks naar ons in.

Als wij rechtstreeks betalen aan de zorgverlener

Als wij met een zorgverlener hebben afgesproken dat hij de rekeningen rechtstreeks bij ons declareert dan betalen wij ook rechtstreeks aan de zorgverlener. U bent verplicht hieraan mee te werken. Op dat moment vervalt onze plicht om die kosten aan u te vergoeden. Een rekening van een zorgverlener kunnen we ook verrekenen met een voorschot dat de zorgverlener al heeft gehad.

Als wij meer betalen aan de zorgverlener dan waar u recht op heeft

Wij betalen aan een gecontracteerde zorgverlener altijd de hele rekening. Het kan zijn dat we dan meer betalen dan de vergoeding waar u recht op heeft. Bijvoorbeeld omdat u nog eigen risico moet betalen of omdat er een wettelijke eigen bijdrage is. U moet dat deel dan aan ons terugbetalen.

Toen u bij ons verzekerd werd heeft u ons een volmacht tot incasso gegeven. Dat betekent dat u toestemming heeft gegeven om de premie bij u te innen en ook de het bedrag dat wij te veel betalen aan de zorgverlener.

Zie ook:

- [Eigen risico bij uw basisverzekering](#) (algemene voorwaarden)
- [Wettelijke eigen bijdrage](#) (begrippen)

Bewaren van originele rekeningen

Heeft u gedeclareerd via e-mail, internet, de app of de Mijn omgeving? Dan moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren. Wij kunnen deze opvragen voor controle.

Als wij aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de zorgaanvraag, zullen we die bij u opvragen. Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, stuurt deze vaak namens u de zorgaanvraag naar ons. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgverlener moet u zelf de zorgaanvraag naar ons insturen. Voor een aantal hulpmiddelen is hiervoor een standaard aanvraagformulier. Dit kunt u vinden op onze website. U kunt ook telefonisch een aanvraagformulier opvragen bij onze afdeling Medische Beoordelingen.

Met de zorgaanvraag stuurt u ons een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de voorschrijver. Hierin staat de medische indicatie; eventueel aangevuld met een advies of rapportage als wij daar om vragen. Ook bevat de zorgaanvraag:

- uw relatienummer;
- uw naam, adres en woonplaats;
- uw geboortedatum;
- de naam van de zorgverlener die het hulpmiddel levert;
- een omschrijving van het gewenste hulpmiddel;
- het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code: de zorgverlener kan u deze gegevens geven;
- een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
- en als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel.

Mededelingen en toezeggingen

De akkoordverklaring is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gehad. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Geldigheidsduur

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is geldig:

- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de akkoordverklaring afmaken.

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen

U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen

Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.

Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;

- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen

Aan welke eisen moet een rekening voldoen?

- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
- naam en adres van de zorgverlener;
- uw naam en geboortedatum;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven;
- de kosten van de gegeven zorg;
- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register als het om een zorgverlener gaat die BIG-geregistreerd moet zijn;
- de AGB-code als dat van toepassing is.
- de vereisten aan een rekening zoals de belastingdienst die stelt voor de BTW.

Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang.

Wat doen wij niet?

- wij vergoeden geen offertes, voorschotrekeningen, herinneringen of aanmaningen;
- wij sturen geen rekeningen of documenten die bij de rekening horen terug. Ook niet als er maar een deel of helemaal niets is vergoed. U kunt wel een gewaarmerkte kopie (kopie van de rekening met een originele waarmerkstempel) bij ons opvragen.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Zorgkosten declareren

Hoe kunt u uw zorgkosten declareren?

- met uw smartphone via onze app stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - online via de Mijn omgeving stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - via de post stuurt u ons de originele rekeningen;
- Soms mag het ook een kopie zijn als u dat met ons heeft afgesproken. Dat is een uitzondering. Uw gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekeningen rechtsreeks naar ons in.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

- e) worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen niet langer te identificeren dan voor de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt noodzakelijk is; persoonsgegevens mogen voor langere perioden worden opgeslagen voor zover de persoonsgegevens louter met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden worden verwerkt overeenkomstig artikel 89, lid 1, mits de bij deze verordening vereiste passende technische en organisatorische maatregelen worden getroffen om de rechten en vrijheden van de betrokkene te beschermen („opslagbeperking”);
 - f) door het nemen van passende technische of organisatorische maatregelen op een dusdanige manier worden verwerkt dat een passende beveiliging ervan gewaarborgd is, en dat zij onder meer beschermd zijn tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging („integriteit en vertrouwelijkheid”).
2. De verwerkingsverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de naleving van lid 1 en kan deze aantonen („verantwoordingsplicht”).

Artikel 6

Rechtmatigheid van de verwerking

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

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

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

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

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

Het doel van de verwerking wordt in die rechtsgrond vastgesteld of is met betrekking tot de in lid 1, punt e), bedoelde verwerking noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend. Die rechtsgrond kan specifieke bepalingen bevatten om de toepassing van de regels van deze verordening aan te passen, met inbegrip van de algemene voorwaarden inzake de rechtmatigheid van verwerking door de verwerkingsverantwoordelijke; de types verwerkte gegevens; de betrokkenen; de entiteiten waaraan en de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt; de doelbinding; de opslagperioden; en de verwerkingsactiviteiten en -procedures, waaronder maatregelen om te zorgen voor een rechtmatig en

behoorlijke verwerking, zoals die voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX. Het Unierecht of het lidstatelijke recht moet beantwoorden aan een doelstelling van algemeen belang en moet evenredig zijn met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

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

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

Artikel 7

Voorwaarden voor toestemming

1. Wanneer de verwerking berust op toestemming, moet de verwerkingsverantwoordelijke kunnen aantonen dat de betrokkene toestemming heeft gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens.

2. Indien de betrokkene toestemming geeft in het kader van een schriftelijke verklaring die ook op andere aangelegenheden betrekking heeft, wordt het verzoek om toestemming in een begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal zodanig gepresenteerd dat een duidelijk onderscheid kan worden gemaakt met de andere aangelegenheden. Wanneer een gedeelte van een dergelijke verklaring een inbreuk vormt op deze verordening, is dit gedeelte niet bindend.

3. De betrokkene heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan, onverlet. Alvorens de betrokkene zijn toestemming geeft, wordt hij daarvan in kennis gesteld. Het intrekken van de toestemming is even eenvoudig als het geven ervan.

4. Bij de beoordeling van de vraag of de toestemming vrijelijk kan worden gegeven, wordt onder meer ten sterkste rekening gehouden met de vraag of voor de uitvoering van een overeenkomst, met inbegrip van een dienstenovereenkomst, toestemming vereist is voor een verwerking van persoonsgegevens die niet noodzakelijk is voor de uitvoering van die overeenkomst.

Artikel 8

Voorwaarden voor de toestemming van kinderen met betrekking tot diensten van de informatiemaatschappij

1. Wanneer artikel 6, lid 1, punt a), van toepassing is in verband met een rechtstreeks aanbod van diensten van de informatiemaatschappij aan een kind, is de verwerking van persoonsgegevens van een kind rechtmatig wanneer het kind ten minste 16 jaar is. Wanneer het kind jonger is dan 16 jaar is zulke verwerking slechts rechtmatig indien en voor zover de toestemming of machtiging tot toestemming in dit verband wordt verleend door de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt.

De lidstaten kunnen dienaangaande bij wet voorzien in een lagere leeftijd, op voorwaarde dat die leeftijd niet onder 13 jaar ligt.