

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ Groep U.A., beide te Tilburg
Zaak : Fraude, beëindiging zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering, registratie in intern verwijzingsregister en intern incidentenregister, opname persoonsgegevens in Extern Verwijzingsregister, terugvordering uitgekeerde vergoeding, vordering onderzoekskosten
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 7:941 BW
Zaaknummer : 202202024
Zittingsdatum : 24 mei 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 17 maart 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 maart 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 21 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 april 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 24 april 2023 respectievelijk 8 mei 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was tot 15 juni 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Just Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Just Live (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2021 enkele nota's met betrekking tot zorg die in Spanje is genoten ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft een onderzoek ingesteld naar de rechtmatigheid van deze nota's. Verzoekster is bij brief van 4 april 2022 geïnformeerd over het ingestelde onderzoek.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 2 mei 2022 geïnformeerd over de uitkomsten van zijn onderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster door het ter declaratie indienen van enkele nota's heeft geprobeerd hem financieel te benadelen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld welke maatregelen hij in dit kader aan verzoekster wil opleggen. De ziektekostenverzekeraar vermeldt in de brief dat hij verzoekster heeft uitgenodigd voor een gesprek, maar dat zij heeft meegedeeld dat zij hiertoe wegens klachten na een aanrijding in ieder geval de eerstkomende zes weken niet in staat is. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in voornoemde brief daarom de mogelijkheid gegeven om tot en met 16 mei 2022 schriftelijk te reageren op zijn bevindingen.

- 3.4. Bij brief van 2 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij geen reactie van haar heeft ontvangen en dat hij daarom concludeert dat verzoekster "de bevindingen van het onderzoek onderschrijft". De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd: een eerder verleende vergoeding wordt teruggevorderd van verzoekster, de nog niet vergoede nota's worden niet aan verzoekster vergoed, de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden met ingang van 15 juni 2022 beëindigd, de onderzoekskosten worden op verzoekster verhaald, en de gegevens van verzoekster worden geregistreerd in het interne incidentenregister en het interne verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar. De registraties hebben in beide registers de maximale looptijd van acht jaren. Ook worden de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: het EVR) tot 13 april 2030.
- 3.5. Verzoekster heeft op 2 juni 2022, via haar advocaat, bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 2 mei 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft dezelfde dag per e-mail aan de advocaat gevraagd om zijn standpunt nader te onderbouwen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar de advocaat gevraagd te reageren op de afzonderlijke onderwerpen waarop deze zaak ziet. De ziektekostenverzekeraar merkt in dit verband op dat hij op grond van de brief van de advocaat van 2 juni 2022 geen aanleiding ziet om zijn standpunt te wijzigen.
- 3.6. Verzoekster heeft op 28 november 2022 via het klachtenformulier haar klacht voorgelegd aan de SKGZ. Zij vermeldt hierbij dat zij de klacht in eerste instantie op 6 april 2022 had voorgelegd aan het Kifid, maar dat het Kifid haar verwees naar de SKGZ. Na ontvangst van de klacht, heeft de SKGZ de ziektekostenverzekeraar op 29 november 2022 gevraagd om heroverweging van zijn eerdere beslissing. Verzoekster is hierover geïnformeerd. Op 18 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn eerder ingenomen standpunt handhaaft.
- 3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft vervolgens in deze zaak bemiddeld. Dit heeft evenwel niet geleid tot een voor verzoekster positief resultaat. Hierna heeft verzoekster het geschil voorgelegd aan de commissie.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij geen fraude heeft gepleegd en dat de ziektekostenverzekeraar daarom niet had mogen overgaan tot de getroffen maatregelen.
- 4.2. Verzoekster heeft naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 april 2022, waarin haar wordt meegedeeld dat een fraudeonderzoek is gestart, een klacht ingediend bij het Kifid. In de toelichting op haar klacht benadrukt verzoekster dat zij geen fraudeur is. Zij voelt zich door de beschuldiging gediscrimineerd en zij vraagt zich af of het onderzoek alleen wordt verricht omdat zij een buitenlandse achternaam heeft. Verder vindt verzoekster het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar een extern bureau inschakelt om een 'simpele' declaratie van € 400,- te controleren. Ook merkt verzoekster op dat zij de nota van haar toenmalige vriend heeft gekregen en dat zij deze heeft ingediend. Nu wordt zij beschuldigd van fraude, omdat "iemand anders eventueel een fout heeft gemaakt".
- 4.3. In de brief van 2 juni 2022 aan de ziektekostenverzekeraar heeft de advocaat aangevoerd dat verzoekster destijds in Spanje een aantal ongelukken heeft gehad, waardoor zij medische hulp nodig had. Aangezien alles in het Spaans was, heeft de ex-partner van verzoekster toen een en ander geregeld. De advocaat stelt dat verzoekster "niet bekend [is] met het plegen van enige vorm van fraude. Bij fraude moet er sprake zijn van opzet en dat is hier niet het geval. Tevens heeft cliënte zelf niet de daad uitgevoerd maar haar ex-partner. De door u genoemde fraude valt cliënte niet te verwijten."

- 4.4. Op het klachtenformulier van 28 november 2022 heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar verzekeringen heeft stopgezet en haar een boete heeft opgelegd voordat haar advocaat de kans had om te reageren op het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 2 juni 2022. Zij vindt het niet kunnen dat de ziektekostenverzekeraar haar verzekeringen heeft beëindigd terwijl zij op dat moment ziek was en zorg nodig had. Verzoekster meldt dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een boete heeft opgelegd in de vorm van de gevorderde onderzoekskosten. Zij betaalt hiervoor € 90,- per maand aan de ziektekostenverzekeraar, omdat zij wil voorkomen dat er incassokosten bij komen. Deze onderzoekskosten dienen te vervallen en het door haar reeds voldane bedrag moet door de ziektekostenverzekeraar worden terugbetaald.
- 4.5. In haar e-mailbericht van 17 maart 2023 stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar nooit heeft bewezen dat zij fraude heeft gepleegd. Dit kan de ziektekostenverzekeraar ook niet bewijzen, volgens verzoekster, omdat zij geen fraude heeft gepleegd. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar steeds tijdig en eerlijk geantwoord met "ik weet het niet, dit is wat ik kreeg." Verzoekster vindt de gevorderde onderzoekskosten te hoog. Er wordt een uurtarief van € 70,- respectievelijk € 95,- gerekend. Het beoordelen van een nota duurt volgens verzoekster hooguit twee minuten, en het telefonisch navragen bij een zorginstelling duurt ook maar enkele minuten. Verzoekster benadrukt opnieuw dat haar advocaat onvoldoende tijd heeft gekregen om te reageren, omdat hij ook andere cliënten heeft en het dus druk heeft. Haar advocaat heeft verzoekster verteld dat de ziektekostenverzekeraar niet eens heeft gebeld of hem een herinneringsbrief heeft gestuurd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij naar aanleiding van twee door verzoekster ter declaratie ingediende nota's voor zorg in het buitenland een formele controle heeft verricht. Hierbij is de zorgaanbieders gevraagd of de ontvangen declaraties correct zijn. Beide zorgaanbieders hebben verklaard dat zij verzoekster niet kennen. Op basis van deze formele controle is een fraudevermoeden ontstaan. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom een fraudeonderzoek opgestart dat is verricht door het Bureau Bijzonder Onderzoek. Uit de bevindingen van dit bureau heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat sprake is van fraude. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe in zijn brief van 2 mei 2022 het volgende aangevoerd.

Verzoekster heeft een nota van 22 december 2021 ingediend van Hospital del Mar te Barcelona voor een ambulancerit van € 845,00. De ambulancerit zelf heeft volgens de nota plaatsgevonden op 2 oktober 2021. De ziektekostenverzekeraar is bij deze nota opgevallen dat daarin spelfouten staan en dat de nota zelf weinig gegevens over het ziekenhuis en de betreffende ambulancerit bevat. Vervolgens heeft verzoekster de nota opnieuw ingediend. Op de nieuwe nota werden meer gegevens vermeld, maar de totale kosten bedragen € 1435,- en de lay-out is anders. Het ziekenhuis heeft verklaard dat verzoekster bij hem niet bekend is. Ook het vermelde factuurnummer is hem onbekend. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom geconcludeerd dat de betreffende nota vals is.

Daarnaast heeft verzoekster twee nota's voor mondzorg gedeclareerd. De behandeldatum is dezelfde als die van de ambulancerit. Deze nota werd door verzoekster opnieuw ingediend, maar dan met de datum 1 januari 2022. Het gaat om exact dezelfde spoedbehandeling bij dezelfde tandarts (Turó Park) als in oktober 2021. Daarnaast zien de nota's er afwijkend uit. Uit contact met de betreffende tandartspraktijk is gebleken dat verzoekster daar niet bekend is. Eén van de nota's is wel door de praktijk uitgeschreven, maar staat op naam van een andere persoon met een ander factuurbedrag.

Ook heeft verzoekster een nota van 27 september 2021 voor een acnébehandeling van € 40,- ter declaratie ingediend. Deze nota is niet vergoed. Op de nota is een webadres te zien met

de tekst 'gratis factuur downloaden'. Dit duidt erop dat ook dit geen authentieke nota is, die is uitgeschreven door een zorgaanbieder.

Gezien het bovenstaande heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd, en is hij overgegaan tot het opleggen van de in de brief van 2 juni 2022 genoemde maatregelen.

- 5.2. In de heroverweging van 18 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij verzoekster in de gelegenheid heeft gesteld met hem in gesprek te gaan over de bevindingen, maar dat verzoekster toen was verhinderd omdat zij herstellende was van een ongeluk. In reactie op de brief van de advocaat van verzoekster van 2 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de advocaat de gelegenheid gegeven nog schriftelijk te reageren en het standpunt van verzoekster nader te onderbouwen, maar hierop heeft de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontvangen.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoekster te allen tijde zelf verantwoordelijk is voor haar administratie en dat zij ervoor moet zorgen dat hiervan geen misbruik kan worden gemaakt. Daarnaast zijn de vergoedingen aan verzoekster uitbetaald. De overige, gedeclareerde bedragen zouden bij uitkering ook aan verzoekster worden overgemaakt. Hierdoor is verzoekster de enige die een financieel belang heeft bij de fraude.

- 5.3. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 28 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de advocaat van verzoekster op 2 juni 2022 heeft gereageerd op de brief van 2 mei 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft dezelfde dag de advocaat gevraagd om een nadere onderbouwing. In dit e-mailbericht is geen deadline gesteld. Op 23 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de advocaat meegedeeld dat hij niets meer van hem heeft vernomen en dat hij overgaat tot het treffen van de aangekondigde maatregelen. Ook op dit bericht heeft de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontvangen.
- 5.4. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 9 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht hoe de door hem gevorderde onderzoekskosten zijn opgebouwd. De werkzaamheden van de medewerker Zorgkostenbeheersing betreffen het beoordelen van de nota's en de contacten met zorgverleners in het buitenland ter controle van de nota's. De werkzaamheden van de Specialist Fraudebeheersing betreffen het beoordelen van de nota's die verzoekster heeft ingediend en die nog niet door de medewerker Zorgkostenbeheersing waren beoordeeld, het beoordelen van de periodes van verblijf in het buitenland ten opzichte van de ingekomen nota's, de contacten met verzoekster, de contacten met de advocaat van verzoekster en het uitvoeren van de maatregelen.

Het verhalen van de onderzoekskosten op de fraudeur is mogelijk op grond van artikel 6:96, tweede lid, onder b, Burgerlijk Wetboek. Het moet gaan om redelijke kosten die zijn gemaakt ter vaststelling van de schade en aansprakelijkheid. Dit kunnen kosten zijn die zijn gemaakt door een extern onderzoeksbureau, maar ook kosten die intern zijn gemaakt door bijvoorbeeld het Bureau Bijzonder Onderzoek van de ziektekostenverzekeraar. Deze interne kosten zouden niet zijn gemaakt, wanneer de fraude niet was gepleegd. Dergelijke kosten behoren niet tot het normale bedrijfsrisico.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 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 (BW) 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.

Veronderstelde fraude

- 7.2. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt - blijkens het slot van genoemde bepaling - alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.

Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.

Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.

- 7.3. Het voorgaande is in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel A.6.4. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang.

- 7.4. Verzoekster heeft twee nota's van Turó Park, een tandartsenpraktijk in Spanje, ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Eén is gedateerd op 2 oktober 2021 en de andere op 1 januari 2022. Volgens de ziektekostenverzekeraar zien beide nota's op dezelfde behandeling. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op een aantal verschillen in de lay out van de nota's. Verzoekster heeft geen argumenten aangevoerd om de stellingen van de ziektekostenverzekeraar te weerspreken.

De nota's, zoals deze door de commissie zijn ontvangen, zijn niet goed leesbaar. Uit de tekst blijkt wel dat beide nota's betrekking hebben op de elementen 11, 12 en 21 en dat het om een urgente behandeling zou gaan. De rest van de omschrijving is evenwel zodanig onscherp dat de commissie niet heeft kunnen vaststellen dat het inderdaad om dezelfde behandeling gaat, hoewel het daarvan wel de schijn heeft. Wat de commissie echter wel direct opvalt, is dat beide nota's sterk verschillen qua lay out. Ook worden op deze nota's voor de aanduiding van de bedragen vóór en ná de BTW andere termen gehanteerd. De commissie vindt het niet aannemelijk dat een zorgaanbieder bij zijn facturatie verschillende termen of een verschillende lay out van de nota gebruikt. Daarom is de commissie van oordeel dat in ieder geval één van deze nota's vals is. Of beide nota's vals zijn, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, kan de commissie niet vaststellen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader weliswaar aangevoerd dat de betreffende zorgaanbieder heeft verklaard dat verzoekster bij hem niet bekend is, maar hij heeft die verklaring niet in de procedure ingebracht.

- 7.5. Verzoekster heeft ook twee nota's van het Hospital del Mar, eveneens in Spanje, ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hierbij valt direct op dat deze dezelfde factuurdatum hebben en ook dezelfde behandeldatum. De gefactureerde bedragen verschillen echter en ook

de op de nota's vermelde zorg. Verder valt op dat de lay out van beide nota's duidelijk verschilt. Verzoekster heeft geen enkele verklaring gegeven voor het feit dat beide nota's op dezelfde dag zijn gedateerd en/of voor de geconstateerde verschillen tussen de nota's. De commissie is daarom van oordeel dat in ieder geval één van deze nota's vals is. Of beide nota's vals zijn, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, kan de commissie niet vaststellen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader weliswaar aangevoerd dat de betreffende zorgaanbieder heeft verklaard dat verzoekster bij hem niet bekend is, maar hij heeft die verklaring niet in de procedure ingebracht.

- 7.6. Verzoekster heeft voorts een nota voor een acnébehandeling, uitgevoerd in Spanje, gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat bovenaan de gedeclareerde nota een webadres is vermeld waarin staat "gratis factuur downloaden" en dat dit erop duidt dat het geen authentieke nota is. De commissie stelt vast dat boven de betreffende nota inderdaad genoemde vermelding staat. Verder is de commissie opgevallen dat, hoewel de nota afkomstig zou zijn uit Spanje, deze grotendeels in het Nederlands is opgesteld. Alleen het verzoek om de nota binnen 14 dagen te betalen is in het Spaans. Verzoekster heeft geen enkele verklaring gegeven voor deze anomalieën. De commissie concludeert daarom dat de ingediende nota vals is.
- 7.7. Verzoekster heeft gesteld dat zij - persoonlijk - geen fraude heeft gepleegd en dat zij niet bekend is met fraude. Verder heeft zij aangevoerd dat de nota's in het Spaans zijn opgesteld en dat zij de Spaanse taal niet beheerst. Deze argumenten maken de eerdere conclusie dat enkele nota's vals zijn niet anders. Verzoekster wist immers of zij al dan niet zorg had genoten van een bepaalde zorgaanbieder en, indien zorg was genoten, op welke datum deze zorg is verleend. Ook kon zij, ondanks dat zij de Spaanse taal niet beheerst, de data, de naam van de zorgaanbieder en de gefactureerde bedragen controleren. Zij kon dus weten dat in ieder geval drie nota's niet waarheidsgetrouw waren. Daarnaast geldt dat verzoekster verantwoordelijk is en blijft voor de nota's die zij ter declaratie indient bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft in het klachtenformulier van het Kifid verklaard dat zij de 'declaratie' destijds van haar toenmalige vriend heeft gekregen, en dat zij deze heeft ingediend. Dit kan niet overtuigen. De ziektekostenverzekeraar mocht verzoekster verantwoordelijk houden voor het door haar indienen van de valse nota's, ongeacht of zij dit op eigen initiatief deed dan wel op verzoek van een ander, en ongeacht of zij deze nota's nu wel of niet zelf heeft vervalst. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar terecht erop gewezen dat het financiële voordeel aan verzoekster toeviel dan wel - bij uitkering - zou zijn toegefallen.
- 7.8. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij, en later haar advocaat, van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende tijd heeft gekregen om te reageren op diens bevindingen. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop gesteld dat hij de advocaat na ontvangst van de klacht van 2 juni 2022 dezelfde dag per e-mail heeft gevraagd om de standpunten van verzoekster nader te onderbouwen. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontvangen. En vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar op 23 juni 2022 de eerder aangekondigde maatregelen uitgevoerd en de advocaat van verzoekster hierover geïnformeerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft hij daarna geen reactie ontvangen van verzoekster of haar advocaat. De commissie stelt vast dat verzoekster op 2 mei 2022 de mogelijkheid is geboden schriftelijk te reageren. Op 2 juni 2022 werd haar advocaat hiertoe uitgenodigd. Zowel verzoekster als haar advocaat heeft dus voldoende gelegenheid gekregen om te reageren of in ieder geval uitstel van de reactietermijn te vragen. Dat verzoekster dan wel haar advocaat het een noch het ander heeft gedaan, is de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen. Dat de advocaat het hiervoor te druk, maakt het vorenstaande niet anders en is overigens ook geen excuus. De ziektekostenverzekeraar is op dit punt dan ook niet onzorgvuldig geweest.
- 7.9. Alles overwegende concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangetoond dat verzoekster ten minste drie nota's ter declaratie heeft ingediend die niet waarheidsgetrouw zijn, en dit met het opzet hem te misleiden in de zin van artikel 7:941, vijfde lid, BW. De bedoeling was immers het verkrijgen van een vergoeding voor zichzelf dan wel voor haar toenmalige

vriend, zonder dat hierop aanspraak bestond. Daarom kon en mocht de ziektekostenverzekeraar concluderen dat verzoekster fraude heeft gepleegd zoals is bedoeld in artikel A.6.4 van de verzekeringsvoorwaarden en mocht hij de door hem getroffen maatregelen opleggen.

Onderzoekskosten

- 7.10. In artikel A.6.4 van de polisvoorwaarden is onder meer bepaald dat de ziektekostenverzekeraar in geval van (een poging tot) fraude de kosten van het onderzoek op betrokkene mag verhalen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de door verzoekster gepleegde fraude heeft aangetoond, mocht hij de door hem gemaakte onderzoekskosten op grond van voornoemd artikel van verzoekster vorderen.

Verzoekster heeft aangevoerd dat zij de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten te hoog vindt, omdat het onderzoek volgens haar slechts enkele minuten werk heeft gevergd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de beslissing van 2 juni 2022 een specificatie van de onderzoekskosten gevoegd. Hierin is vermeld dat twee medewerkers betrokken zijn geweest bij het onderzoek. Per medewerker wordt het bedrag per uur vermeld en ook het aantal uren per medewerker dat aan het onderzoek is besteed. In de brief van 9 maart 2023 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar ook de werkzaamheden van deze medewerkers gespecificeerd. De commissie vindt de genoemde werkzaamheden en het aantal uren dat hieraan is besteed niet bovenmatig. Dit geldt ook voor de uurtarieven van de betreffende medewerkers. Omdat het redelijk is dat de kosten zijn gemaakt en ook de hoogte hiervan redelijk is, ziet de commissie geen aanleiding de gevorderde onderzoekskosten te matigen.

Ten aanzien van de overige maatregelen heeft verzoekster alleen opgemerkt dat haar verzekeringen niet mochten worden beëindigd omdat zij ziek was en zorg nodig had. De commissie overweegt dat verzoekster de mogelijkheid had aansluitend aan de beëindiging zonder medische selectie elders een zorgverzekering af te sluiten. Het argument treft daarom - voor zover het althans de dekking van de zorgverzekering betreft - geen doel.

Waar het deze en de andere maatregelen betreft, oordeelt de commissie dat een afweging moet worden gemaakt tussen de belangen van de ziektekostenverzekeraar en de andere financiële instellingen, en die van verzoekster. De ernst van de fraude rechtvaardigt de getroffen maatregelen, terwijl daarnaast een onderbouwing van de belangen van verzoekster die hierdoor worden geschaad ontbreekt. De commissie neemt in haar afweging mee dat de wettelijke acceptatieplicht op grond van de Zvw ervoor zorgt dat zij niet van de volgens die wet verzekerde zorg en andere diensten verstoken raakt.

Slotsom

- 7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 juni 2023,

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. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

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

u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;

- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrif of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.16. Privacy en controle

A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze website.

A.16.2.

VERVALLEN

A.16.3.

VERVALLEN

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.

In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoop op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en
- een zorgverlener in Nederland voldoet aan de eisen en regels, die bij en/of krachtens wetten aan zijn beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld, zodat hij zodoende bevoegde zorg levert. Zo moet een in Nederland gevestigde zorgverlener voldoen aan de eisen die bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gesteld en moeten zorgverleners zich houden aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). In Nederland gevestigde zorgverleners moeten voorts ook voldoen aan de eisen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):
 - artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander door ons als gelijkwaardig beschouwd register. Bijvoorbeeld registratie als laboratoriumspecialist klinische chemie bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVCK);
 - van andere dan deze zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgver-