

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Fraude, vervoerskosten, maatregelen, proportionaliteit
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018-2022, artikel 7:941 BW
Zaaknummer : 202201530
Zittingsdatum : 7 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 25 januari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 februari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 26 april 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 mei 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 17 mei 2023 respectievelijk 24 mei 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was tot en met 1 juli 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Voor verzoekster zijn verschillende aanvragen ingediend voor ziekenvervoer in verband met chemo- of radiotherapie. Deze aanvragen zijn door de zorgverzekeraar goedgekeurd. Voor de periode 2018 tot en met 2022 zijn bij de zorgverzekeraar declaraties ingediend voor zittend ziekenvervoer ten behoeve van verzoekster. Het betreft hierbij taxivervoer en vervoer per eigen auto.
- 3.3. Bij brief van 31 januari 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld hij een rechtmatigheidsonderzoek is gestart naar de declaraties die zijn ingediend voor zittend ziekenvervoer in de jaren 2018 tot en met 2022. De zorgverzekeraar heeft verzoekster gevraagd stukken toe te sturen of hem toestemming te geven de stukken op te vragen bij de betrokken zorgaanbieders. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop binnen veertien dagen schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft binnen de gestelde termijn niet gereageerd. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 22 maart 2022 nogmaals een termijn van veertien dagen geboden voor het geven van een reactie. Op 6 april 2022 heeft de zorgverzekeraar telefonisch aan verzoekster meegedeeld dat betaling van de restitutedeclaraties zou worden opgeschort, zolang de rechtmatigheid van de ingediende declaraties niet kon worden vastgesteld. Op 6 april 2022 heeft verzoekster alsnog toestemming verleend voor het opvragen van informatie bij haar zorgaanbieders.

- 3.4. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 6 mei 2022 aan verzoekster zijn voorlopige conclusie naar aanleiding van het rechtmatigheidsonderzoek kenbaar gemaakt, namelijk dat verzekeringsfraude is gepleegd. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld om binnen veertien dagen schriftelijk te reageren op de voorlopige bevindingen van het rechtmatigheidsonderzoek. Op 27 mei 2022 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft op 8 juni 2022 aan verzoekster meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat zij heeft gefraudeerd door in de periode 2018 tot en met 2022 declaraties in te dienen voor zittend ziekenvervoer, terwijl er geen behandelingen hebben plaatsgevonden. In dat verband zijn de volgende maatregelen aan verzoekster opgelegd:
- het aan haar uitgekeerde bedrag van € 7.000,42 wordt bij verzoekster teruggevorderd;
 - de zorgverzekering van verzoekster wordt met ingang van 1 juli 2022 beëindigd;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het interne Incidentenregister voor de duur van acht jaren en in het Externe Verwijzingsregister voor de duur van vijf jaren;
 - de onderzoekskosten van € 1.901,35 worden op verzoekster verhaald.
- 3.6. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing verzocht. Bij brief van 2 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing van 8 juni 2022 handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat, mede gelet op haar persoonlijke omstandigheden, de terugvordering en de vordering van de onderzoekskosten op nihil moeten worden gesteld, dan wel in verregaande mate moeten worden gematigd. Daarnaast dient in de persoonlijke omstandigheden aanleiding te worden gezien tot verdere matiging van de termijn voor het opnemen van de persoonsgegevens in het EVR. Tot slot heeft verzoekster aan de commissie een verzocht te oordelen over de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde fraude.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe in de eerste plaats aangevoerd dat zij niet frauduleus heeft gehandeld jegens de zorgverzekeraar. Zij betwist de declaratieformulieren zelf te hebben ingediend. Verzoekster vermoedt dat haar ex-partner dit heeft gedaan, zonder dat zij hiervan op de hoogte was.
- 4.3. Verzoekster heeft toegelicht dat zij terminaal ziek is, onder bewind staat, en een bijstandsuitkering ontvangt waarop reeds tot het bedrag van de beslagvrije voet beslag is gelegd. Vanwege haar persoonlijke omstandigheden is het redelijk en billijk om de terugvordering op nihil te stellen, dan wel in verregaande mate te verminderen. Dit geldt eveneens voor de onderzoekskosten die de zorgverzekeraar van haar vordert. Voor de onderzoekskosten gaat daarnaast op dat de zorgverzekeraar niet inzichtelijk heeft gemaakt waaruit deze bestaan en hoe de hoogte hiervan tot stand is gekomen.
- Ook het beëindigen van de verzekering met ingang van 1 juli 2022 is volgens verzoekster een onterechte maatregel geweest. Verzoekster heeft in dit verband verklaard dat hetgeen haar door de zorgverzekeraar wordt verweten onvoldoende is om hiertoe te besluiten. Dit geldt ook voor het opnemen van haar persoonsgegevens in het Externe Verwijzingsregister. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar bij het nemen van zowel de beslissing haar gegevens op te nemen in het Externe Verwijzingsregister als de beslissing dit voor een termijn van vijf jaren te doen, onvoldoende gewicht heeft toegekend aan de belangen van verzoekster. Haar persoonlijke omstandigheden hadden aanleiding moeten zijn voor de zorgverzekeraar om in ieder geval de termijn van de registratie te matigen.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat na het uitgevoerde rechtmatigheidsonderzoek is geconcludeerd dat verzoekster zorgfraude heeft gepleegd. Hierdoor heeft zij uitkeringen ontvangen waarop geen recht bestond. Door verzoekster zijn declaraties voor zittend ziekenvervoer ingediend, terwijl op die dagen geen behandelingen hebben plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft overzichten van de behandeldata opgevraagd bij het UMC Utrecht en het Sint Antonius Ziekenhuis. Bij vergelijking van deze overzichten met de ingediende declaraties, kan worden vastgesteld dat verzoekster vervoerskosten heeft gedeclareerd op dagen dat zij geen afspraak had in een van de beide ziekenhuizen. Daarnaast zijn de machtigingen voor het zittend ziekenvervoer gegeven in verband met oncologische behandelingen. Uit de declaraties van het ziekenhuis blijkt dat deze behandelingen pas in 2020 zijn gestart. Volgens de zorgverzekeraar heeft verzoekster echter al vervoerskosten in verband met oncologische behandelingen gedeclareerd vanaf 2018. Verder heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoekster dubbel heeft gedeclareerd. In 2020 en begin 2021 heeft een taxibedrijf namelijk declaraties ingediend in verband met vervoer van verzoekster naar ziekenhuizen in verband met oncologische behandelingen. Op deze dagen is door verzoekster echter ook vervoer per eigen auto gedeclareerd.
- 5.2. De verklaring van verzoekster dat de declaraties mogelijk zijn ingediend door haar ex-partner acht de zorgverzekeraar niet aannemelijk en is door verzoekster ook op geen enkele wijze met stukken onderbouwd. Volgens de zorgverzekeraar zijn de declaratieformulieren ingediend via de VGZ Zorg app. Om gebruik te kunnen maken van deze app is inloggen met DigiD en een persoonlijke pincode vereist. Daarnaast heeft verzoekster meerdere malen contact opgenomen met de klantenservice van de zorgverzekeraar over haar vervoersdeclaraties. De zorgverzekeraar is verplicht om te verifiëren of zij met de juiste persoon spreken. Ook heeft verzoekster telefonisch verklaard dat twee andere personen ook 'dingen' voor haar hebben ingevuld en dat haar dochter en schoonzoon een hoop voor haar hebben gedaan. Voorts is relevant dat verzoekster een bewindvoerder heeft en dat verder niemand anders gemachtigd is om haar zorgverzekeringszaken te regelen. Verzoekster heeft het rekeningnummer voor het ontvangen van vergoedingen via de app van de zorgverzekeraar gewijzigd van haar beheerrekening naar haar eigen rekening. De vergoedingen kwamen ten gunste van verzoekster. De bewindvoerder heeft hierover een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Daarbij komt dat het feit dat de declaraties mogelijk door de ex-partner van verzoekster zijn ingediend, niet maakt dat verzoekster geen fraude heeft gepleegd. Als verzekeringnemer blijft zij verantwoordelijk voor de juistheid van de ingediende declaraties.
- 5.3. Volgens de zorgverzekeraar is het handelen van verzoekster van voldoende gewicht om passende maatregelen te treffen. Voor het vaststellen van de maatregelen heeft de zorgverzekeraar gebruik gemaakt van de maatregelenrichtlijn die door de vereniging Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Bij het bepalen van de maatregelen heeft de zorgverzekeraar onder andere gekeken naar de hoogte van het bedrag, de duur van het handelen, de persoonlijke omstandigheden van verzoekster, het aangepaste excasso rekeningnummer, en het feit dat verzoekster blijft volhouden dat zij niet op de hoogte was van de declaraties. De zorgverzekeraar heeft bij het bepalen van de maatregelen de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit toegepast, én het vier ogen principe.
- 5.4. Volgens de zorgverzekeraar heeft hij terecht de maatregelen opgelegd. Het bedrag van € 7.000,42 kan worden teruggevorderd, omdat dit door hem onverschuldigd is betaald. Ook is de zorgverzekering terecht beëindigd door de zorgverzekeraar. Daarnaast mochten de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Externe Verwijzingsregister. De zorgverzekeraar heeft een zorgvuldige afweging gemaakt tussen de belangen van verzoekster en die van de financiële instellingen. De schending van het vertrouwen in verzoekster is zo

ernstig dat de zorgverzekeraar het belangrijk vindt om de gegevens van verzoekster in het waarschuwingsstelsel op te nemen. De zorgverzekeraar heeft een onderzoek moeten instellen om de rechtmatigheid van de declaraties te kunnen beoordelen. Hiervoor heeft hij onderzoekskosten moeten maken. Op grond van artikel 2.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 6:96 BW kunnen deze onderzoekskosten van verzoekster worden gevorderd.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De zorgverzekeraar hanteert blijkens zijn brief van 8 juni 2022 en het onderzoeksrapport de term 'zorgfraude'.
Fraude wordt in de voorwaarden van de zorgverzekering gedefinieerd als het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.
- 7.3. 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 op de uitkeringsplicht te beoordelen.

Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vóórstellende 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. Bij 'opzet' moet in het bijzonder 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.

- 7.4. Het voorgaande is (in vergelijkbare zin) verwoord in artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering, namelijk:

'Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van zorg). Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.'

Aangifte en registratie

Wij kunnen aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen:

- In ons Incidentenregister;
- Bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- In het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons afsluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Voor de beoordeling is verder het volgende van belang.

- 7.5. De zorgverzekeraar heeft in de eerste plaats aangevoerd dat uit navraag bij de betrokken ziekenhuizen is gebleken dat verzoekster vervoerskosten heeft gedeclareerd op dagen dat zij daar geen afspraak had. Dit is door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, terwijl het wel op haar weg had gelegen te stellen en te bewijzen dat op de desbetreffende dagen wel afspraken zijn geweest en met het oog daarop de desbetreffende kosten op die dagen zijn gemaakt. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat ten onrechte kosten van zittend ziekenvervoer zijn gedeclareerd.
- 7.6. De zorgverzekeraar heeft daarnaast erop gewezen dat verzoekster een machtiging heeft gekregen voor ziekenvervoer in verband met oncologische behandelingen. Volgens de zorgverzekeraar zijn deze behandelingen pas in het jaar 2020 gestart, terwijl verzoekster ter zake vervoerskosten heeft gedeclareerd vanaf het jaar 2018. Verzoekster heeft de stelling van de zorgverzekeraar dat de desbetreffende behandelingen pas in 2020 zijn gestart niet - gemotiveerd - bestreden. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat verzoekster vóór 2020 geen kosten heeft gemaakt voor zittend ziekenvervoer in verband met oncologische behandelingen en dat derhalve ten onrechte hiermee verband houdende vervoerskosten zijn gedeclareerd in 2018 en 2019.
- 7.7. Verder heeft de zorgverzekeraar gesteld dat door en ten behoeve van verzoekster tussen september 2020 en februari 2021 dubbel is gedeclareerd. Een taxivervoerder heeft totaal € 1.015,75 gedeclareerd in deze periode. Hiervan heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 910,75 vergoed. Volgens de zorgverzekeraar heeft verzoekster op dezelfde dagen ook eigen vervoer gedeclareerd. De commissie overweegt dat de zorgverzekeraar niet nader heeft onderbouwd en/of inzichtelijk gemaakt, bijvoorbeeld door overlegging van documenten, op welke data dit heeft plaatsgevonden. De stelling van de zorgverzekeraar dat dubbel is gedeclareerd wordt om die reden gepasseerd.
- 7.8. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat sprake is geweest van het opzet de zorgverzekeraar te misleiden. Verzoekster heeft hierover aangevoerd dat zij niet zelf heeft gefraudeerd, maar dat de declaraties mogelijk zijn ingediend door haar ex-partner, zonder dat zij hiervan op de hoogte was. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster twee op schrift gestelde verklaringen overgelegd van haar kinderen.
De commissie volgt deze stelling van verzoekster niet. De declaraties zijn ingediend via de VGZ Zorg app. Door de zorgverzekeraar is onweersproken gesteld dat moet worden ingelogd met DigiD en een persoonlijke pincode. Deze moeten derhalve door verzoekster aan haar ex-partner ter beschikking zijn gesteld, althans door verzoekster is niet gesteld en evenmin is anderszins gebleken dat de DigiD en persoonlijke pincode aan verzoekster op enigerlei wijze zijn 'ontfutseld'. De ex-partner is niet door verzoekster gemachtigd om voor haar op te treden. Bovendien had zij hiervoor een beroep kunnen doen op haar bewindvoerder. Daarnaast geldt dat verzoekster,

als verzekeringnemer, op grond van artikel 2.2 van de Gebruiksvoorwaarden VGZ Zorg app zelf verantwoordelijk is voor het indienen van de declaraties.

Ook kon verzoekster nagaan dat declaraties waren ingediend en dat kosten werden vergoed, alsmede dat het rekeningnummer - waarop de gedeclareerde kosten werd uitgekeerd - werd gewijzigd van de beheerrekening naar een rekening op haar naam. Met dit laatste staat vast dat het financiële voordeel in haar vermogen viel, waarbij niet van belang is wat vervolgens met de ontvangen gelden is geschied.

De commissie concludeert dat de fraude heeft plaatsgevonden door verzoekster, althans in ieder geval met haar medewerking en medeweten. Daarmee was de zorgverzekeraar gerechtigd maatregelen tegen haar te treffen, meer specifiek terugvordering van de uitgekeerde bedragen, het opnemen van de persoonsgegevens van verzoekster in de registers, het beëindigen van haar verzekering, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

- 7.9. De volgende vraag die moet worden beantwoord is of de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen voldoen aan het vereiste van subsidiariteit en proportioneel zijn. De commissie oordeelt dat dit het geval is. Gelet op de ernst van de fraude en de houding van verzoekster in de onderzoeksfase - die zich laat kenmerken door gebrek aan medewerking en het volharden in ontkenning, zonder dat door haar een plausibele verklaring voor het gebeurde kon worden gegeven - rechtvaardigen de terugvordering, de beëindiging van de verzekering met ingang van 1 juli 2022, en het opnemen van haar gegevens in de registers. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat hetgeen haar door de zorgverzekeraar wordt verweten "onvoldoende" zou zijn om tot beëindiging van de zorgverzekering over te gaan, doch een sluitende redengeving hiervoor ontbreekt.
- Met betrekking tot de hoogte van de onderzoekskosten is door de zorgverzekeraar een onderbouwing geleverd, waarvan de juistheid door verzoekster niet gemotiveerd is betreden. De commissie ziet daarom geen aanleiding te bepalen dat de vordering ter zake dient te vervallen of moet worden gematigd.
- 7.10. Hetgeen verzoekster heeft gesteld ten aanzien van haar persoonlijke omstandigheden, hoe schrijnend die ook zijn, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Uit de door de zorgverzekeraar gegeven toelichting maakt de commissie op dat door hem met deze omstandigheden al rekening is gehouden. Concreet zal dit ertoe hebben geleid dat de opname in het Externe Verwijzingsregister is bekort tot vijf jaren. Deze duur is de resultante van een afweging van de belangen van verzoekster en die van de financiële instellingen. Tot een andere afweging of verdere beperking van de getroffen maatregelen ziet de commissie onder de gegeven omstandigheden geen aanleiding.

Slotsom

- 7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 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

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad zijn de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen.

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Besluit Zorgverzekering
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP)
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders
- Lijst Therapieën GGZ
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders
- Premiebijlage
- Regeling zorgverzekering
- Reglement farmaceutische zorg
- Reglement hulpmiddelen
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Zorgstandaard Obesitas.

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen:

- In ons Incidentenregister
- Bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars
- In het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving of in de Zorg app.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De bepalingen in artikel 2.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn in de jaren 2018 tot en met 2022 zijn van gelijke strekking.

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.

Gebruiksvoorwaarden VGZ Zorg app



Deze gebruiksvoorwaarden gelden voor de installatie en het gebruik van de VGZ Zorg app. Daarnaast gelden ook de voorwaarden van uw zorgverzekering.

1. Algemeen

- 1.1 De VGZ Zorg app wordt aangeboden door VGZ Zorgverzekeraar NV ("VGZ") gevestigd en kantoorhoudende in Arnhem aan de Nieuwe Stationsstraat 12 (6811 KS).
- 1.2 VGZ Zorg app: een app ten behoeve van elektronische gegevensuitwisseling voor inzicht in verzekeringsgegevens en uitvoering van de verzekering. De informatie in de VGZ Zorg app bevat uw persoonsgegevens, waaronder ook bijzondere persoonsgegevens zoals uw gezondheidsgegevens (bijvoorbeeld in uw declaratie). Voor meer informatie hierover zie het [Privacystatement van VGZ](#).
- 1.3 VGZ heeft het recht deze gebruiksvoorwaarden eenzijdig te wijzigen. Via een update van de app informeren wij u over de gewijzigde voorwaarden. Na uw acceptatie gaan de gewijzigde voorwaarden in. Als u de voorwaarden niet accepteert, mag u de app niet (meer) gebruiken.
- 1.4 Deze gebruiksvoorwaarden kunt u downloaden en printen via www.vgz.nl/zorgapp. U kunt ons ook bellen, wij sturen dan een exemplaar naar u op.

2. Gebruiksvoorschriften

- 2.1 Het is zonder toestemming van VGZ niet toegestaan om informatie en diensten van de VGZ Zorg app openbaar te maken, te vermenigvuldigen en/of te bewerken. Alle rechten met betrekking tot de VGZ Zorg app, waaronder de intellectuele eigendom, behoren namelijk toe aan VGZ of haar licentiegevers. VGZ geeft u een niet-exclusief en niet overdraagbaar en herroepelijk recht om de VGZ Zorg app op uw smartphone of tablet te gebruiken.
- 2.2 U bent verantwoordelijk voor het zorgvuldig gebruik van de VGZ Zorg app. U dient zich te onthouden van ongeoorloofd of onzorgvuldig gebruik van de app. In het bijzonder dient u:
 - de declaratie naar waarheid in te vullen en in te dienen.
 - vertrouwelijk om te gaan met de persoonlijke pincode en andere vormen van authenticatie die toegang geven tot de app en deze niet beschikbaar te stellen aan andere personen.
 - regelmatig zelf te controleren of er updates van de app beschikbaar zijn. Als u niet de laatste versie van de app gebruikt, dan kan het zijn dat de app niet of niet goed functioneert.
 - ervoor te zorgen dat de door u gebruikte (internet- en/of telecommunicatie-)diensten, apparaten en programma's geschikt en veilig zijn voor het gebruik van de VGZ Zorg app.
 - de app niet te gebruiken voor handelingen en/of gedragingen die in strijd zijn met toepasselijke wet- of regelgeving, goede zeden, de openbare orde of rechten van derden.
 - de app niet zonder schriftelijke toestemming van VGZ te gebruiken voor (commerciële) activiteiten. Zoals het aanprijzen of de verkoop van producten of diensten, het verzenden van commerciële boodschappen (spam), het aanbieden van (interactieve) spelletjes of het aanprijzen van een andere app.
 - niet op een zodanige wijze gebruik te maken van de app dat de (juiste) werking daarvan wordt verhinderd, inbreuk wordt gemaakt op de beveiliging of schade wordt toegebracht aan VGZ, de VGZ Zorg app of derden.
 - geen virussen via de app te verspreiden dan wel op andere manieren apparaten of systemen van VGZ of andere gebruikers van de app te verstoren.
 - alle aanwijzingen en voorschriften van VGZ voor het gebruik van de diensten of de app op te volgen.
- 2.3 Als u meent dat een andere gebruiker van de app in strijd handelt met deze gebruiksvoorwaarden, of weet of vermoedt dat er iets mis is, dan verzoeken wij u hierover direct contact op te nemen met VGZ en de app te blokkeren .
- 2.4 Als er naar het oordeel van VGZ aanwijzingen zijn dat u in strijd handelt met deze gebruiksvoorwaarden, heeft VGZ het recht alle maatregelen te treffen die zij nodig acht. Zoals (i) het opschorten of beëindigen van de toegang tot de app of uw registratie (ii) het verhalen van eventuele schade of kosten.

3. Privacy

- 3.1 VGZ verwerkt uw persoonsgegevens voor de uitvoering van de zorg- en/of aanvullende ziektekostenverzekering(en) en het uitvoeren van marketingactiviteiten voor de producten en diensten van VGZ.
- 3.2 De persoonsgegevens worden verwerkt in overeenstemming met de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het Privacystatement van VGZ.
- 3.3 Om de app zo gebruiksvriendelijk mogelijk te maken, verzamelen wij gegevens over het gebruik van de app. Deze gegevens gebruiken wij alleen om de app te optimaliseren. Hierbij maken we geen gebruik van uw (persoons)gegevens. Daarnaast bieden wij u de mogelijkheid in een door u te kiezen applicatie documenten uit het Postvak te openen, waarbij deze documenten op uw smartphone of tablet kunnen worden opgeslagen. Het is aan u hier zorgvuldig mee om te gaan.
- 3.4 Door gebruik van de app geeft u toestemming dat partijen die de app faciliteren, uitsluitend op basis van noodzaak, uw (bijzondere) persoonsgegevens mogen inzien.

4. Aansprakelijkheid

- 4.1 VGZ spant zich in om de VGZ Zorg app ter beschikking te stellen. VGZ kan niet garanderen dat de VGZ Zorg app of inhoud altijd beschikbaar is of vrij van fouten, gebreken, malware of virussen. VGZ is niet aansprakelijk voor enige schade of kosten als gevolg van:
 - het gebruik van de VGZ Zorg app
 - onmogelijkheid van het gebruik van de VGZ Zorg app of inhoud, tenzij de schade het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de bedrijfsleiding van VGZ.
- 4.2 Voor onderhoud van de VGZ Zorg app kan VGZ de toegang tot de VGZ Zorg app (tijdelijk) geheel of gedeeltelijk stopzetten. In dat geval is VGZ niet aansprakelijk voor daaruit voortvloeiende schade. VGZ zal de toegang of het gebruik van de VGZ Zorg app nooit (tijdelijk) beperken of stopzetten zonder dringende of gegronde redenen.

5. Toepasselijk recht

Deze gebruiksvoorwaarden zijn uitsluitend onderworpen aan Nederlands recht. Alle geschillen die in verband met de app en/of deze gebruiksvoorwaarden ontstaan worden beslecht door de bevoegde rechter te Arnhem.