



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Fraude, terugvordering, registratie in het externe verwijzingsregister (EVR), politieaangifte,  
zittend ziekenvervoer

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015-2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.13 en 2.14 Bzv, 2.37  
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015-2020, art. 7:941 BW

Zaaknummer : 202002413

Zittingsdatum : 23 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 24 november 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Hierop heeft de commissie om een aanvullende reactie gevraagd, die de ziektekostenverzekeraar op 7 april 2021 per brief heeft gegeven. Op 21 april 2021 zijn kopieën van deze brieven aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juni 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was van 1 januari 2015 tot 1 november 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend\*\* en Aanvullend Tand\*\* (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 januari 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij een fraudeonderzoek is gestart met betrekking tot de vervoerskosten die verzoeker heeft gedeclareerd in de jaren 2015 tot en met 2018. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker gevraagd afsprakenkaarten of afsprakenoverzichten te sturen van vijf verschillende zorgaanbieders die hij in deze periode zou hebben bezocht.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 oktober 2020 per brief de uitkomsten van het fraudeonderzoek met verzoeker gedeeld. In de brief deelt de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker mee dat hij de volgende maatregelen heeft getroffen:
  1. Terugvordering van de uitgekeerde vervoerskosten tussen 1 januari 2015 en 31 december 2019 voor een bedrag van totaal € 22.037,24;
  2. Het in rekening brengen van de onderzoekskosten voor een bedrag van € 517,50;
  3. De beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 november 2020, waarbij verzoeker tevens de mogelijkheid wordt ontzegd binnen een periode van 5 jaren opnieuw een zorgverzekering af te sluiten bij de Achmea Groep.

4. Inschrijving in het incidentenregister voor een periode van 8 jaren;
5. Inschrijving in het Externe Verwijzingsregister (EVR) voor een periode van 8 jaren;
6. Politieaangifte

- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 2 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de vervoerskosten te vergoeden die hij heeft gemaakt in verband met bezoeken aan vier verschillende zorgaanbieders, in de jaren 2018, 2019 en 2020. Op 16 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 25 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft - na wijziging van zijn verzoek - aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de opgelegde maatregelen vanwege de geconstateerde fraude te matigen, ten aanzien van (a) de hoogte van de terugvordering, (b) de vermelding in het EVR en (c) de aangifte bij de politie.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 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.18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op zittend ziekenvervoer, alsmede die in het Burgerlijk Wetboek (BW) over fraude, 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.
- 6.2. Verzoeker heeft erkend dat hij heeft gefraudeerd en dat hij zich er van bewust is dat hij hiervoor moet worden gestraft. De maatregelen die aan hem zijn opgelegd door de ziektekostenverzekeraar vallen hem echter zwaar. Hij heeft dit geschil dan ook aan de commissie voorgelegd in de hoop dat deze worden gematigd.  
Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat de vermelding in het EVR voor hem grote gevolgen heeft. Zo zal het voor hem erg moeilijk worden een lening of een andere verzekering af te sluiten voor een normale prijs. De aangifte bij de politie zal ook nadelige gevolgen hebben, met name als hij daadwerkelijk wordt veroordeeld en een strafblad krijgt. Zijn werkgever vraagt namelijk met enige regelmaat een VOG op. Als verzoeker deze niet krijgt, kan dit tot gevolg hebben dat hij op staande voet wordt ontslagen. Dat zal hem alleen maar verder in de financiële problemen brengen. Verzoeker begrijpt dat hij moet worden gestraft voor wat hij heeft gedaan, maar is van mening dat de opgelegde maatregelen niet proportioneel zijn. Om die reden verzoekt hij de commissie deze te matigen.

Daarnaast vindt verzoeker het niet redelijk dat alle door hem gedeclareerde vervoerskosten worden teruggevorderd. Een deel van de vervoerskosten is namelijk daadwerkelijk gemaakt en hij had recht op vergoeding hiervan. Verzoeker zou graag zien dat de ziektekostenverzekeraar deze vergoeding verrekent met het bedrag dat van hem wordt teruggevorderd. Tot slot heeft verzoeker aangevoerd dat hij het onredelijk acht dat de ziektekostenverzekeraar slechts een betalingsregeling wil treffen voor de duur van 36 maanden. Verzoeker kan € 200,- per maand betalen, maar daarmee wordt de volledige vordering niet binnen 36 maanden voldaan. Als de ziektekostenverzekeraar dan echter besluit de vordering over te dragen aan een incassobureau of een gerechtelijk traject te starten, lopen de kosten alleen maar op en komt verzoeker verder in de financiële problemen.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat uit het fraudeonderzoek is gebleken dat verzoeker in de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2018 ten onrechte de kosten van 110 ritten heeft gedeclareerd. Uit de ontvangen afsprakenoverzichten blijkt namelijk dat op die momenten geen zorgactiviteiten hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar leidt hieruit af dat verzoeker valselijk declaraties heeft opgesteld en deze heeft ingediend met als doel in aanmerking te komen voor een vergoeding waarop hij geen recht heeft. Er is dan ook sprake van verzekeringsfraude.
- Bij fraude vervalt alle recht op vergoeding van de gehele claim, dus ook ten aanzien van het deel van de declaratie waarin een juiste voorstelling van zaken is gegeven. Dit is opgenomen in artikel 20.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het voorgaande betekent dat de terugvordering van de vervoerskosten niet beperkt is gebleven tot slechts de declaraties die valselijk zijn ingediend, maar dat alle uitgekeerde vervoerskosten worden teruggevorderd. Het is verzoeker daarnaast niet toegestaan alsnog declaraties voor vervoerskosten in te dienen die zouden zijn gemaakt in de jaren 2015 tot en met 2018.

### Zorgverzekering

- 6.4. Het staat vast dat verzoeker fraude heeft gepleegd door bij de ziektekostenverzekeraar vervoerskosten te declareren in de periode van 2015 tot en met 2018 die hij niet heeft gemaakt.
- 6.5. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW het recht op uitkering vervalt 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 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.
- 6.6. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare 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.
- 6.7. 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. Bijvoorbeeld 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. In dit geval is betwisting niet aan de orde, aangezien verzoeker heeft erkend dat hij fraude heeft gepleegd door bij de ziektekostenverzekeraar vervoerskosten te declareren in de periode van 2015 tot en met 2018 die hij niet heeft gemaakt.

- 6.8. In de artikelen 20.2 en 20.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld tot welke gevolgen aangetoonde fraude kan leiden, te weten:

*"(...) 20.2 Bij fraude geen vergoeding*

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

*20.3 Andere gevolgen van fraude*

*Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:*

*a aangifte doen bij de politie;*

*b uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;*

*c u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);*

*d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen. (...)"*

*Terugvordering*

- 6.9. In geval van fraude vervalt op grond van artikel 20.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering alle recht op vergoeding van zorgkosten uit de zorgverzekering. Dat geldt ook voor het recht op vergoeding van zorgkosten waarop weliswaar aanspraak bestond, maar die deel uitmaakten van een of meer declaraties die valselijk zijn opgesteld. Dit betekent - anders dan verzoeker veronderstelt - dat de hoogte van de terugvordering op dit punt niet hoeft te worden gematigd. Overeenkomstig het genoemde artikel stond het de ziektekostenverzekeraar vrij de uitkering die aanvankelijk is toegekend op basis van de hiervoor bedoelde declaraties van verzoeker terug te vorderen. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar betreft dit een bedrag van totaal € 22.037,24 over de periode van 2015 tot en met 2018. Verzoeker heeft niet bestreden dat dit het aan hem uitgekeerde bedrag is, waarmee de juistheid hiervan voor de commissie een gegeven vormt.

*Vermelding en duur registratie in het EVR*

- 6.10. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar een verzekerde die zich aan fraude schuldig heeft gemaakt registreren in zowel het interne Incidentenregister als het EVR. Hierover merkt de commissie op dat opname van persoonsgegevens in het EVR slechts gerechtvaardigd is indien zij in overeenstemming is met het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: het Protocol). Artikel 5.2.1., onder a en b, van het Protocol bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Het moet gaan om gedragingen van de betrokkene die een bedreiging vormen, vormen of kunnen vormen voor de (financiële) belangen van de financiële instelling, alsmede voor de continuïteit en/of integriteit van de financiële sector. De strafrechtelijke aard van de te verwerken gegevens brengt mee dat deze gegevens in voldoende mate moeten vaststaan. Indien wordt vastgesteld dat sprake is van fraude staat het de verzekeraar op grond van artikel 6, onder f, AVG, en artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol vrij de persoonsgegevens op te nemen in het EVR. De commissie overweegt dat ingevolge artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol de verzekeraar bij de registratie van persoonsgegevens in het EVR het zogenoemde proportionaliteitsbeginsel in acht dient te nemen. Dat wil zeggen dat het belang van de verzekeraar bij registratie moet worden afgewogen tegen de nadelige gevolgen daarvan voor de consument. Daarnaast dient de betrokkene die verwijdering van een registratie wenst te onderbouwen op grond waarvan hij disproportioneel wordt geraakt in zijn belangen en waarom zijn belang prevaleert boven dat van de verzekeraar. Naast de vraag óf de persoonsgegevens van verzoeker mochten worden geregistreerd, dient derhalve te worden beoordeeld of de voorgenomen registratie in het EVR voor de volgens het protocol maximale duur van 8 jaren proportioneel is.

- 6.11. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat registratie in het EVR in het geval van verzoeker gerechtvaardigd en proportioneel is, omdat hij stelselmatig fraude heeft gepleegd, waarmee hij in totaal € 12.409,60 aan zorgkosten heeft gedeclareerd die hij niet heeft gemaakt. Daarmee heeft verzoeker schade toegebracht aan de maatschappij als geheel, met name gelet op het gegeven dat de zorgverzekering een sociale ziektekostenverzekering is en deze is gebaseerd op solidariteit. Deze verzwarende omstandigheden hebben ertoe geleid dat belangen, die gediend zijn met het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector prevaleren boven de mogelijke nadelige consequenties voor verzoeker. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij disproportioneel wordt geraakt door de registratie, omdat het voor hem erg moeilijk kan worden een lening of een andere verzekering af te sluiten voor een normale prijs. Voorts stelt verzoeker dat als verlichtende omstandigheid zou moeten worden meegewogen dat hij volledig open is geweest in zijn medewerking aan het fraudeonderzoek.
- 6.12. De commissie overweegt dat de omvang van het bedrag dat verzoeker door fraude heeft verkregen en de duur van de periode waarover hij fraude heeft gepleegd, registratie in het interne incidentenregister en het EVR rechtvaardigen en prevaleren boven de mogelijke nadelige consequenties voor verzoeker in de vorm van problemen bij het verkrijgen van leningen en het afsluiten van schadeverzekeringen. Hiermee is de vraag óf registratie van de persoonsgegevens van verzoeker mocht plaatsvinden positief beantwoord.
- 6.13. De commissie overweegt verder dat voor de bepaling van de duur van de registratie verzwarende en verlichtende omstandigheden tegen elkaar moeten worden afgewogen. Als verzwarende omstandigheden worden - ook in dit geval - de schaal en de duur van de fraude aangemerkt. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat tevens verlichtende omstandigheden zijn meegewogen, maar hij heeft niet inzichtelijk gemaakt hoe deze zijn gewogen. Daarbij neemt de commissie in overweging dat de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de verlichtende omstandigheden niet worden vermeld in het toetsingskader dat hij hanteert, maar dat dit kader niet openbaar is, zodat een en ander door de commissie niet kan worden beoordeeld. Gelet op het voorgaande ziet de commissie aanleiding te beslissen dat de duur van de registratie moet worden gematigd. In dit verband zoekt de commissie aansluiting bij de termijn die in artikel 3, vierde lid, onder b, Zvw is vermeld. Uit dit artikel volgt dat een zorgverzekeraar niet is gehouden een zorgverzekering af te sluiten met een verzekerde voor een periode van 5 jaren nadat de zorgverzekering is ontbonden in verband met opzettelijke misleiding. De genoemde termijn van 5 jaren acht de commissie in dit geval ook redelijk voor de duur van de registratie.

#### *Aangifte bij de politie*

- 6.14. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in artikel 5.2.1 onder b van het protocol is bepaald dat in principe aangifte wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar als in voldoende mate vaststaat dat sprake is van een strafbaar feit. Verder is in artikel 162 van het Wetboek van Strafvordering (Sv) bepaald voor wie een aangifteplicht geldt als er sprake is van een misdrijf. Bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) van 25 november 2014 is de strekking van artikel 162, vierde lid, Sv expliciet uitgebreid tot onder andere zorgverzekeraars. Dat betekent dat ten aanzien van ernstige vermoedens van zorgfraude voor de ziektekostenverzekeraar een aangifteplicht geldt. De commissie bevestigt dit standpunt en neemt daarbij in overweging dat de mogelijke negatieve gevolgen die een eventuele veroordeling kan hebben, zoals het niet verkrijgen van een VOG of visa, geen afbreuk doen aan de aangifteplicht die op de ziektekostenverzekeraar rust.
- 6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de opgelegde maatregelen vanwege de geconstateerde fraude te matigen, met uitzondering van de duur van de registratie in het EVR dat moet worden beperkt tot 5 jaren;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te voldoen;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 2 juli 2021



J.W. Heringa



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)



---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
  - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
  - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
  - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
  - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
  - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
  - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

---

## 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.

## 19.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

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

## 19.3 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

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

## 19.4 Wij registreren uw burgerservicenummer

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

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

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

## A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

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

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

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

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

## 20.2 Bij fraude geen vergoeding

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

## 20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

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

## A.21 Begripsbepalingen

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

### Apotheek

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

### Arts

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

### Basisverzekering

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

### Bedrijfsarts

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

### Bekkenfysiotherapeut

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

### Bewijs van diagnose

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

### Bureau Jeugdzorg

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

### Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

### Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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



## Spreken en lezen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

### B.19 Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

#### Voorwaarde voor het recht op zorg

Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen recht op logopedie gegeven door een door ons gecontracteerde logopedist.

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;

b toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [www.zk.nl/zorgverkenner](http://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

## Vervoer

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u een Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u een Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

### B.20 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

#### 20.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg: a van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;

b naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);

c vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;

d vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;

e van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;

f naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg zal ontvangen die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

#### Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

1 Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.

2 Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor liggend vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

3 U heeft alleen recht op ambulancevervoer, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

#### 20.2 Zittend ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,32 per kilometer bij vervoer per eigen auto.

U heeft recht op:

a zittend ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:

- u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
- u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
- u bent visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
- u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
- u bent aangewezen op geriatrische revalidatie;
- u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid.



- b wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op zittend ziekenvervoer:
- van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
  - naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
  - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
  - vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
  - van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

c vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van twee begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op [www.zk.nl/vervoer](http://www.zk.nl/vervoer) of kunt u bij ons opvragen.

#### **Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer**

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard, als wij het vervoer niet verstrekken. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoek of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

#### **Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer**

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 105,- per persoon per kalenderjaar.

#### **Voorwaarden voor het recht op zittend ziekenvervoer**

- 1 Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is.
- 2 Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
- 3 Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
- 4 In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 5 U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

#### **Overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer**

Heeft u recht op zittend ziekenvervoer en reist u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 75,- per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

#### **Voorwaarden voor het recht op een overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer:**

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op overnachting in plaats van zittend ziekenvervoer. Daarbij wordt gekeken of overnachten minder belastend voor u is dan heen- en terugreizen.
- 2 Als u kiest voor het recht op overnachting, dan komt uw recht op zittend ziekenvervoer, met uitzondering van de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag, voor die periode te vervallen.

#### **Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde vervoerder**

**Let op!** Wilt u zich laten vervoeren door een vervoerder met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een vervoerder die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke vervoerders wij een contract hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 071 – 365 41 54. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

#### **Hoe declareer ik mijn nota's?**

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan dient u de nota's van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen.

