Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202600096

Partijen

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

en

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij brief van 16 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is bij brief van 11 februari 2026 aan verzoekster bevestigd. Eveneens op 11 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij e-mailberichten van 5 en 6 februari 2026 heeft verzoekster verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de door hem opgelegde maatregelen (nog) niet heeft geëffectueerd.

1.3. Bij e-mailbericht van 15 april 2026 heeft verzoekster aan de commissie nieuwe informatie verstrekt.

1.4. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 23 april 2026 meegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de ingediende facturen alsnog heeft betaald.

1.5. Bij brief van 28 april 2026 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar om nader commentaar gevraagd.

1.6. Bij e-mailbericht van 7 mei 2026 heeft verzoekster verklaard dat de ziektekostenverzekeraar alsnog overgaat tot het effectueren van de aangekondigde maatregelen en de verleende vergoedingen terugvordert. Een kopie hiervan is, eveneens op 7 mei 2026, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

1.7. Bij brief van 12 mei 2026 heeft verzoekster nogmaals verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de aangekondigde maatregelen gaat effectueren. Een kopie hiervan is bij brief van 13 mei 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.8. Bij brief van 2 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 juni 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 augustus 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was van 2022 tot en met 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

2.2. Bij brief van 8 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat vanwege een vermoeden van fraude een onderzoek is gestart naar de declaraties van zorgaanbieder C. die zij heeft ingediend.

2.3. Bij brief van 16 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster ingelicht over de stand van zaken met betrekking tot het fraudeonderzoek.

2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 december 2025 zijn voorlopige beslissing naar aanleiding van het fraudeonderzoek aan verzoekster meegedeeld.

2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat alle door de ziektekostenverzekeraar reeds genomen en aangekondigde maatregelen naar aanleiding van het fraudeonderzoek ongedaan dienen te worden gemaakt.

3.2. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 10 oktober 2025 aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat zij voornemens is een formele klacht over de fraudecoördinator in te dienen bij het NIVRE.

3.3. Bij brief van 25 december 2025 heeft verzoekster een klacht ingediend met betrekking tot de definitieve beslissing van 18 december 2025 van de ziektekostenverzekeraar. De klacht richt zich op de beslissing en de daaraan ten grondslag gelegde onderzoeks- en gegevensverwerkingen, ongeacht de vraag of de aangekondigde maatregelen inmiddels feitelijk zijn geëffectueerd. Verzoekster betwist nadrukkelijk alle feitelijke en juridische stellingen, aannames, kwalificaties en conclusies van de ziektekostenverzekeraar, waaronder de vaststelling dat sprake is van fraude.

3.4. Verzoekster heeft in dat kader gesteld dat de ziektekostenverzekeraar met zijn beslissing van 18 december 2025 ten onrechte concludeert dat sprake is van fraude, in verband waarmee hij aan haar vérgaande maatregelen heeft opgelegd. Volgens verzoekster is het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar niet autonoom gestart, maar maakt dit deel uit van een breder onderzoekstraject na een signaal bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (hierna: IKZ) door de gemeente Tilburg. De Functionaris Gegevensbescherming van die gemeente heeft nadien bevestigd dat daarvoor geen toereikende wettelijke grondslag bestond en/of is vastgelegd. Voorts is de keuze om persoonsgegevens via het IKZ te delen niet aantoonbaar vastgelegd of getoetst. Op basis van dit onrechtmatige signaal zijn - via het IKZ - vervolgens persoonsgegevens uitgewisseld tussen verschillende partijen, waaronder zorgverzekeraars. Deze gegevensuitwisseling voldeed niet aan de vereisten van rechtmatigheid, proportionaliteit en transparantie zoals bedoeld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming, en hierover is inmiddels een klacht ingediend bij de Autoriteit Persoonsgegevens (hierna: AP). De Functionaris

Gegevensbescherming van de ziektekostenverzekeraar heeft niet onmiddellijk een corrigerende interventie gepleegd, maar heeft expliciet meegedeeld dat hij het onderzoek van de AP afwacht en het onderzoek naar de declaraties niet opschort of herijkt. De ziektekostenverzekeraar heeft aldus een beslissing genomen, terwijl de rechtmatigheid van de grondslag voor de verwerking van de persoonsgegevens nog wordt onderzocht.

3.5. Naast de gegevens uit het IKZ heeft de ziektekostenverzekeraar bij zijn onderzoek gebruik gemaakt van gegevens die afkomstig zijn uit de keten van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. In dat kader is inmiddels vastgesteld dat bij Stichting CIS een onrechtmatig waarschuwings-/fraudesignaal over de zorgverlener van verzoekster is geplaatst door een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Dit signaal was onrechtmatig en is weer verwijderd. De verwijdering heeft niet volgens de reguliere CIS-procedure plaatsgevonden, maar het signaal is handmatig verwijderd uit de bron. Hierdoor zijn essentiële metadata en audittrailinformatie verloren gegaan. Er is thans niet meer te reconstrueren welke deelnemers – waaronder de ziektekostenverzekeraar – met dit signaal in aanraking zijn gekomen en welke vervolgacties daarop zijn gebaseerd. De Functionaris Gegevensbescherming van het Verbond van Verzekeraars verricht sinds augustus 2025 een onderzoek naar deze CIS-gerelateerde verwerkingen en het keteneffect.

3.6. Volgens verzoekster wijken de bevindingen, die ten grondslag liggen aan de beslissing van 18 december 2025 van de ziektekostenverzekeraar, niet af van wat eerder in 2025 bij hem bekend was. De commissie heeft verzoekster al in het gelijk gesteld in het kader van de opschorting van de vergoeding van declaraties. Sinds dat moment is het fraudeonderzoek nog ruim 10 maanden voortgezet zonder dat er nieuwe feiten zijn vastgesteld, nieuwe objectieve bevindingen zijn gepresenteerd, en relevante omstandigheden zijn gewijzigd. Dit is onverenigbaar met de beginselen van zorgvuldigheid en proportionaliteit. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd geen uitvoering te geven aan de door hem aangekondigde maatregelen zolang procedures lopen, en inzicht te geven in alle informatiebronnen die aan zijn beslissing ten grondslag liggen.

3.7. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 5 en 6 februari 2026 verklaard dat sinds 18 december 2025 het fraudeonderzoek formeel is afgerond door de ziektekostenverzekeraar. Tegen haar zijn de volgende maatregelen getroffen:
- beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 18 december 2025;- terugvordering van een bedrag van € 140.045,42;
- aangifte bij de politie;
- opname in de frauderegisters;
- vordering van de onderzoekskosten ten bedrage van € 532,--.

Volgens verzoekster bevindt zij zich in een staat van rechtsonzekerheid en daarom heeft zij de commissie verzocht om een spoedprocedure.

3.8. Verzoekster heeft bij brief van 6 februari 2026 verklaard dat de ziektekostenverzekeraar telkens weer reactietermijnen overschrijdt. In drie jaar tijd is zij genoodzaakt geweest zich vier keer tot de commissie te wenden. In de eerdere procedures is zij in het gelijk gesteld. Pas na externe druk komt de ziektekostenverzekeraar in actie. Verzoekster is het niet eens met het verzoek van de ziektekostenverzekeraar om aanvullende informatie. Zij ziet dit als een poging om een reeds definitief afgerond onderzoek te heropenen. Verzoekster heeft daar niet om gevraagd.

3.9. In haar brief van 16 januari 2026, gericht aan de commissie, heeft verzoekster herhaald dat zij in een eerdere kwestie door de commissie (GcZ202402067) in het gelijk is gesteld. Destijds zag het geschil op de opschorting van de vergoeding van declaraties door de ziektekostenverzekeraar, lopende het fraudeonderzoek. De ziektekostenverzekeraar is toen door de commissie in het ongelijk gesteld. Tijdens die procedure is ook toegelicht dat het onderzoek van de

ziektekostenverzekeraar niet autonoom was, maar een onderdeel van een breder onderzoek, dat zijn oorsprong – als gezegd - vond bij een aantoonbaar onrechtmatig fraudesignaal van de gemeente Tilburg bij het IKZ. Wat betreft het onderzoek naar aanleiding van informatie van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraars heeft verzoekster gesteld dat inmiddels is gebleken dat ook deze melding onrechtmatig was en dat het signaal later bovendien handmatig rechtstreeks, buiten het reguliere proces van het CIS om, is verwijderd. Deze informatie had de ziektekostenverzekeraar dan ook niet mogen gebruiken. Door de opeenstapeling van onrechtmatige meldingen worden verzoekster en haar zorgverlener structureel onterecht bestempeld als fraudeurs. Mede daarom is destijds besloten geen declaraties meer in te dienen, totdat het fraudeonderzoek definitief zou zijn afgerond. De ziektekostenverzekeraar bleek ook een heimelijke melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) te hebben gedaan. Hiermee wilde de ziektekostenverzekeraar verzoekster en haar zorgverlener onder druk zetten om mee te werken aan het fraudeonderzoek. Eén dag na de melding door verzoekster bij de AP, werd een machtiging voor Persoonlijke Verzorging verstrekt tot en met 31 maart 2026. Herhaalde verzoeken aan de ziektekostenverzekeraar om duidelijkheid te krijgen bleven onbeantwoord. Voordat het fraudeonderzoek uiteindelijk, onder druk van het IKZ, in december 2025 werd afgerond, dateerde de laatste reactie van de ziektekostenverzekeraar van ruim 5 maanden daarvoor. Ook het krijgen van contact met de Functionaris Gegevensbescherming was erg moeilijk. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar, onder druk van de Functionaris Gegevensbescherming van het IKZ, op
18 december 2025 het fraudeonderzoek afgerond. Zij vindt het opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar dezelfde standpunten uit 2024 aanhaalt om vergoeding van de declaraties op te schorten. Bij afronding van het fraudeonderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar vérgaande maatregelen aan verzoekster opgelegd.

3.10. Bij e-mailbericht van 15 april 2026 heeft verzoekster verklaard dat per 1 april 2026 de machtiging voor Persoonlijke Verzorging was verlopen. Daarom is in maart 2026 een nieuwe indicatie gesteld door een indicerend verpleegkundige. Deze heeft vastgesteld dat de zorgbehoefte ongewijzigd is. Er is een indicatie gesteld voor 19 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De indicatie en het bijbehorende zorgplan van maart 2026 zijn op 19 maart 2026 ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is vervolgens gebeld door de indicerend verpleegkundige die meedeelde dat de ziektekostenverzekeraar contact had opgenomen in het kader van een fraudeonderzoek. Verzoekster vindt dit onbegrijpelijk, omdat het fraudeonderzoek was afgerond op 18 december 2025. De indicerend verpleegkundige was hiervan zo geschrokken dat zij de indicatie heeft ingetrokken, omdat zij niets te maken wil hebben met mogelijke fraude.

3.11. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 23 april 2026 verklaard dat gedurende het fraudeonderzoek de zorg is doorgegaan. De facturen ten bedrage van totaal € 62.443,74 zijn inmiddels door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Er is echter een drietal facturen te weinig vergoed. Het uitbetaalde bedrag is niet verrekend met het door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedrag. Volgens verzoekster is hierdoor een deel van het geschil – namelijk de vordering tot betaling van de facturen tot maart 2026 – komen te vervallen.

3.12. Bij e-mailbericht van 7 mei 2026 heeft verzoekster laten weten dat de ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat de aangekondigde maatregelen door een samenloop van omstandigheden nog niet werden geëffectueerd, maar dat daartoe alsnog zal worden overgaan. Ook wordt de zorgverzekering per direct beëindigd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar haar meegedeeld dat er per abuis declaraties zijn vergoed en dat een bedrag van totaal € 208.264,06 wordt teruggevorderd.

3.13. Bij brief van 12 mei 2026 heeft verzoekster verklaard dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft meegedeeld dat hij de eerder aangekondigde maatregelen thans gaat uitvoeren. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om opschorting hiervan totdat de commissie een

bindend advies heeft uitgebracht. Dit is door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. De door de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte onderzoekskosten voor het fraudeonderzoek heeft verzoekster onder protest betaald. Aanvullend verzoekt zij de commissie te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden deze onderzoekskosten aan haar terug te betalen.

3.14. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat het een teleurstelling is dat zij voor de vierde keer een procedure bij de commissie moet voeren. Verzoekster herhaalt hetgeen zij in de schriftelijke ronde heeft gesteld over het ontstaan van de fraudesignalen. Eind 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar het fraudeonderzoek afgerond met de stelling dat verzoekster fraude heeft gepleegd. Volgens verzoekster is dit niet juist. Daarnaar gevraagd door de commissie, verklaart zij dat de uitspraak van de voorzieningenrechter los staat van deze procedure. Er zijn wel raakvlakken, maar het betreft een andere zorgverzekeraar. Wat betreft de arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener heeft verzoekster toegelicht dat sprake was van het prikkelbaar darmsyndroom. Dit is gemeld bij de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. De zorgverlener is blijven werken, maar met ondersteuning en toezicht. Dit gebeurde door de echtgenoot van verzoekster of haar zoon. Als verzoekster met de zorgverlener buitenshuis is, moet er altijd iemand bij zijn. Dit heeft te maken met ernstige psychische problematiek en niet met ADL zorg. De melding bij de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar is verdwenen. Zij zou nu iets moeten verklaren over een melding die niet klopt en niet meer aanwezig is. Verder heeft verzoekster, daarnaar gevraagd door de commissie, verklaard dat de zorgverlener in de periode van 2022 tot 2024 niet naar Curaçao is geweest. Dat volgens de ziektekostenverzekeraar op Curaçao is ingelogd in de ‘Mijnomgeving’ en van daar declaraties zijn ingediend, heeft volgens verzoekster te maken met de VPN-verbinding.

3.15. Verzoekster heeft verder gesteld dat zij alle kosten aan de zorgverlener heeft voldaan; er is daarom geen sprake van een financieel voordeel. De betalingsbewijzen hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Al jarenlang probeert de ziektekostenverzekeraar een beeld van fraude te knutselen door de samenhang van de personen en de situatie van verzoekster. Er is sprake van een uitzonderlijke situatie. Door een foutief fraudesignaal verspreidt zich dit door de gehele keten.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 april 2025 aan verzoekster meegedeeld dat een onderzoek plaatsvindt naar de declaraties van Persoonlijke Verzorging door zorgaanbieder C.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 december 2025 zijn voorlopige bevindingen inzake het fraudeonderzoek aan verzoekster meegedeeld en een bedrag van – op dat moment - totaal € 140.045,42 teruggevorderd.

4.3. In zijn brief van 18 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er, naar aanleiding van de brief van december 2025 van verzoekster, geen nieuwe feiten en/of omstandigheden zijn die de conclusie van het fraudeonderzoek veranderen. De maatregelen zoals aangekondigd in de brief van 4 december 2025 zijn daarmee definitief geworden. De reden dat een onderzoek is gestart, is omdat de ziektekostenverzekeraar twijfelde aan de rechtmatigheid van de declaraties en dan met name of de door verzoekster gedeclareerde zorg ook feitelijk aan haar was geleverd. Verzoekster is bij brief van 16 mei 2025 uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek, maar deze uitnodiging is bij brief van 26 mei 2025 door haar afgeslagen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard aanvullende informatie te hebben verkregen van de zorgaanbieder, waarmee het onderzoek is afgerond.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de bij zorgaanbieder C. werkzame zorgverlener hem heeft meegedeeld dat zij arbeidsongeschikt is. Ook aan andere instanties heeft zij te kennen

gegeven met ingang van 1 maart 2024 arbeidsongeschikt te zijn. Gezien deze arbeidsongeschiktheid is zij niet in staat geweest aan verzoekster de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging te verlenen.

4.5. Uit een agendareconstructie van alle gedeclareerde uren waarbij zorgverlener zorg zou hebben verleend, blijkt dat dit per dag meer dan 15 uren zijn geweest, gedurende de periode van augustus 2022 tot en met september 2024. Het aantal aaneengesloten dagen en maanden waarin de zorgverlener zorg aan verzoekster zou hebben geleverd lijkt daarom op zijn minst onwaarschijnlijk, maar eerder onmogelijk. Verzoekster heeft, volgens de ziektekostenverzekeraar, verschillende keren meegedeeld dat zij samen met haar zoon de declaraties van zorgaanbieder C. heeft ingediend. Ook heeft zij verklaard dat zij niet in het buitenland is verbleven en de zorg overwegend thuis geleverd heeft gekregen. Op basis van informatie die van Logius is gevorderd, is echter vastgesteld dat er meerdere declaraties vanuit Curaçao zijn ingediend, door zorgverlener. Vanwege de arbeidsongeschiktheid van deze zorgverlener en het onmogelijke aantal gewerkte uren per dag, is het volgens de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk dat de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd aan verzoekster.

4.6. Verzoekster was hiermee bekend en met het indienen van de declaraties die niet overeenkomen met de werkelijkheid heeft zij bewust wet- en regelgeving overtreden. Met dit handelen heeft zij onrechtmatig financieel voordeel verkregen. Daarom is er volgens de ziektekostenverzekeraar in haar geval sprake van fraude.

4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verder meegedeeld dat hij geen declaraties van zorgaanbieder C. meer in behandeling zal nemen. Daarnaast worden de reeds uitbetaalde declaraties over de periode van augustus 2022 tot en met februari 2024 van verzoekster teruggevorderd, omdat het aantal uren en aaneengesloten werkdagen onmogelijk kan kloppen. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar artikel A.24 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Over de periode van maart 2024 tot en met september 2024 worden de reeds uitbetaalde declaraties ook teruggevorderd, dit vanwege het feit dat de zorgverlener in die periode arbeidsongeschikt bleek en geen Persoonlijke Verzorging aan verzoekster kan hebben verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht van de uitbetaalde declaraties overgelegd, en vordert over genoemde tijdvakken totaal € 140.045,42 van verzoekster terug.

4.8. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Dit is volgens hem noodzakelijk vanwege de ernst van de situatie en om verdere schade aan het zorgstelsel te voorkomen. Daarbij is sprake van een georganiseerd verband, aangezien het erop lijkt dat verzoekster en haar zorgverlener samen zijn betrokken bij de fraude.

4.9. Daarnaast worden de (persoons)gegevens van verzoekster voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Ditzelfde geldt voor het Extern Verwijzingsregister. De registratie kan worden getoetst via het CIS.

4.10. Op grond van de artikelen A.8 en A.24 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering beëindigd met ingang van de datum van de definitieve beslissing.

4.11. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij financieel nadeel heeft ondervonden door de interne werkzaamheden die noodzakelijk waren vanwege het onderzoek naar de vervalste facturen. Verzoekster wordt voor een bedrag van € 532,- hiervoor aansprakelijk gesteld op grond van artikel 6:162 van het Burgerlijk Wetboek.

4.12. Bij brief van 6 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat de opgelegde maatregelen ingrijpende gevolgen hebben voor verzoekster. De ziektekostenverzekeraar betwist de stelling van verzoekster dat de gegevensuitwisseling met het IKZ onrechtmatig was en dat hij(nog) geen fraudeonderzoek had mogen doen. Het verrichten van een onderzoek naar fraude is op grond van artikel 7.1 van de Regeling zorgverzekering een toegestane verwerking. Op grond van artikel 7.2 van de Regeling zorgverzekering mag een zorgverzekeraar de in sub a. tot en met h. genoemde persoonsgegevens gebruiken voor fraudeonderzoek en – op grond van sub i. – ook overige gegevens "*die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controles dan wel fraudeonderzoek*".

4.13. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het toegestaan onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van de declaraties van een verzekerde indien signalen worden ontvangen die de rechtmatigheid daarvan in twijfel doen trekken. Het onderzoek moest uitwijzen of in dit geval daadwerkelijk door verzoekster (en de zorgverlener) fraude is gepleegd. Het enkele signaal leidt logischerwijs niet automatisch tot die conclusie. En dat een signaal achteraf beschouwd wellicht onjuist was, doet niet af aan de rechtmatigheid van het onderzoek.

4.14. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat door hem geen gebruik is gemaakt van 'besmette gegevens' uit de keten van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Deze gegevens zijn niet de aanleiding geweest voor het onderzoek. De conclusies over de arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener zijn uitsluitend gebaseerd op de stukken die verzoekster en de zorgverlener zelf hebben verstrekt.

4.15. Verder bestrijdt de ziektekostenverzekeraar niet dat het fraudeonderzoek geruime tijd in beslag heeft genomen. Dit had te maken met het opvragen van gegevens bij andere partijen en met de zeer grote hoeveelheid stukken die de zorgaanbieder had overgelegd. Voor een goede beoordeling moesten alle stukken worden gezien.

4.16. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de fraudecoördinator ingeschreven in het Register Coördinator Fraudebeheersing. Dit is één van de twee gelieerde registers die door het NIVRE worden beheerd, maar de ingeschrevenen vallen volgens de ziektekostenverzekeraar niet onder het tuchtrecht van het NIVRE.

4.17. Het verbaast de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster in het geheel niet ingaat op de conclusies uit het fraudeonderzoek. In het kader van de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar haar verzocht hierop te reageren en aanvullende vragen te beantwoorden. Ook is verzoekster gevraagd of zij gehoord wilde worden.

4.18. In zijn brief van 7 mei 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat per abuis declaraties zijn vergoed over de periode van oktober 2024 tot en met februari 2026. Het totaalbedrag dat wordt teruggevorderd is € 208.264,06.

4.19. Bij brief van 2 juni 2026, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat alle verzekeraars te maken krijgen met fraude, door zowel verzekerden als zorgaanbieders. Het is een maatschappelijke plicht van zorgverzekeraars om fraude te bestrijden. Hiervoor hebben zij echter maar beperkte middelen. De wetgever is zich daarvan bewust en probeert de mogelijkheden van zorgverzekeraars en uitvoerders van de Wet langdurige zorg bij het bestrijden van fraude te vergroten, bijvoorbeeld met de proeftuinen Aanpak zorgfraude, de Taskforce integriteit zorg, en de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg. Dit gebeurt veelal door mogelijkheden te creëren tot uitwisseling van (persoons)gegevens. Het is in veel gevallen de samenhang tussen verschillende zaken bij verschillende organisaties, uitvoering gevend aan soms verschillende wettelijke regelingen (Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning) waarmee fraude kan worden aangetoond.

4.20. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat een niet nader genoemd persoon toezicht zou hebben gehouden op de zorgverlening. Hij heeft hierover vragen gesteld aan verzoekster, maar die zijn niet beantwoord. Ten aanzien van de arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener lijkt door haar anders te zijn verklaard tegenover de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar dan tegenover de ziektekostenverzekeraar en de commissie in het eerdere geschil (GcZ202402067). Ook hierover zijn aan verzoekster vragen gesteld, maar deze zijn niet beantwoord.

4.21. De ziektekostenverzekeraar is niet de enige zorgverzekeraar die een fraudeonderzoek naar de zorgverlener heeft gedaan. Ook CZ heeft een dergelijk onderzoek uitgevoerd, wat heeft geleid tot een melding in het EVR. Die melding was voor de zorgverlener aanleiding een kort geding te starten tegen CZ. De geanonimiseerde versie van de uitspraak heeft de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Hieruit blijkt dat de personen die toezicht houden, de andere (hulpbehoevende) cliënten van de zorgverlener zijn. De zorgverlener woont in bij één van haar cliënten (de verzekerde van CZ). De ouders, waaronder verzoekster – zijn de enige andere cliënten. De zoon, zijn ouders en de zorgverlener wonen bovendien allen in hetzelfde gebouw.

4.22. Van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar heeft de ziektekostenverzekeraar extra informatie ontvangen in het kader van het fraudeonderzoek met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Hieruit blijkt dat de zorgverlener een Expat AOV verzekering afsloot, met ingangsdatum 1 januari 2023. Zij zou op 23 augustus 2022 voor 5 jaren (tot augustus 2027) naar Curaçao vertrekken en heeft zich op 6 maart 2024 volledig arbeidsongeschikt gemeld. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af hoe het kan dat er zorg in Nederland werd verleend, terwijl de zorgverlener op Curaçao verbleef. Verzoekster heeft eerder verklaard dat zij uitsluitend in Nederland is verbleven. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de commissie eerder bij bindend advies – in een geschil dat een andere client van de zorgverlener betrof – beslist dat de handelwijze van de zorgverlener weliswaar vragen opriep, maar dat van betrokkenheid van de verzekerde geen bewijs was geleverd. De feiten zijn volgens de ziektekostenverzekeraar nu anders. De uitkomsten van het fraudeonderzoek naar verzoekster zijn dezelfde als die ten aanzien van de zorgverlener, omdat de zorgverlener en haar cliënten een gesloten systeem vormen. De fraude wordt zichtbaar door het geheel van de uren, gedeclareerd door de zorgverlener te overzien en ook de overige omstandigheden in aanmerking te nemen:

i) de zorgverlener en haar cliënten functioneren tezamen als een eenheid, gelet op het feit dat verzoekster, haar echtgenoot en hun zoon de enige cliënten zijn, de zoon samenwoont met de zorgverlener en de zoon, ouders en zorgverlener allemaal in hetzelfde gebouw wonen.
ii) het aantal gedeclareerde uren per dag over de totale periode waarop het onderzoek betrekking heeft;
iii) het ontbreken van een duidelijke administratie van de zorgverlener, die kan worden gecontroleerd;
iv) de (kennelijk) voor verzoekster kenbare arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener en haar wisselende verklaringen daarover jegens de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar en de ziektekostenverzekeraar;
v) de weigering om aanvullende vragen van de ziektekostenverzekeraar in het kader van een zorgvuldige heroverweging te beantwoorden;
vi) de feiten die in aanvulling hierop blijken uit de uitspraak in kort geding, te weten:
   a. de grote hoeveelheden geld die naar buitenlandse rekeningen zijn gestuurd;
   b. dat de zoon van verzoekster toegang heeft tot de bankrekeningen van de zorgverlener;
   c. het toezicht op de zorgverlener wordt gedaan door de – zelf hulpbehoevende – cliënten van de zorgverlener.

4.23. De ziektekostenverzekeraar kan het standpunt van verzoekster – dat het fraudeonderzoek onrechtmatig is, omdat de melding van de gemeente Tilburg bij het IKZ onrechtmatig was – niet

volgen. Dit zou betekenen dat elk onderzoek waaruit blijkt dat er geen sprake is van fraude, onrechtmatig zou zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 6 februari 2022 gesteld dat het hem is toegestaan onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van declaraties indien signalen worden ontvangen die de rechtmatigheid in twijfel trekken. Dit is door verzoekster niet bestreden. Het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar moet uitwijzen of ook daadwerkelijk fraude is gepleegd. Het feit dat een signaal wellicht achteraf onjuist was, ontneemt niet de rechtmatigheid aan het onderzoek. Dit standpunt wordt ondersteund door de kortgedingrechter in de zaak van CZ tegen de zorgverlener in r.o. 5.15.

4.24. Zoals eerder opgemerkt, heeft het onderzoek lang geduurd. Dit heeft te maken gehad met het opvragen van gegevens en het wachten op reacties. Daarnaast is door de zorgaanbieder een grote hoeveelheid stukken gestuurd in verband met het voornemen een klacht in te dienen bij de AP. Deze grote hoeveelheid stukken leverde weer nieuwe informatie op die moest worden onderzocht.

4.25. Zowel door verzoekster als haar zorgverlener is een inzageverzoek gedaan. Deze zijn beide door de ziektekostenverzekeraar in behandeling genomen en beantwoord. Later bleek de informatie niet volledig te zijn, daarom is toen aanvullende informatie verstrekt. De ziektekostenverzekeraar is verder niet tegemoetgekomen aan de eisen van zowel verzoekster als haar zorgverlener – het beëindigen van het onderzoek en betaling van een schadevergoeding – waarna beiden een klacht hebben ingediend bij de AP. Ook is verzocht om contact met de Functionaris Gegevensbescherming. Deze heeft meegekeken bij het inzageverzoek en voor het overige besloten de reactie van de AP af te wachten.

4.26. Verzoekster heeft aanvankelijk lopende het 2025 geen facturen ingediend. Deze zijn uiteindelijk alle tezamen ingediend en per abuis door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hetgeen door hem ter zake is betaald intussen teruggevorderd.

4.27. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn reactie onder andere de volgende stukken meegestuurd;
- een e-mailbericht van 28 november 2024, waaruit blijkt dat de zorgverlener tijdelijk hulp krijgt en er geen urenregistratie wordt bijgehouden in verband met de NZa-regeling;
- een ongedateerde brief van verzoekster, waaruit blijkt dat zij niet in het buitenland is geweest, zij wacht op een claim van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van de zorgverlener, zij zorg ontvangt van haar partner en zoon, vrienden en bekenden. En dat verzoekster samen met haar zoon declaraties vanaf de laptop heeft ingediend;
- een vragenlijst van de ziektekostenverzekeraar, waaruit blijkt dat de zorgverlener hulp krijgt in verband met haar gezondheid;
- het vonnis in kort geding van de rechtbank Zeeland C/02/444388 / KG ZA 26-36;
- informatie van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van de zorgverlener;
- een e-mailbericht van de afdeling Speciale Zaken met een verklaring over de zorgverlener.

4.28. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zich realiseert dat deze procedure ingrijpend is en dat om die reden door hem zorgvuldig onderzoek is gedaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er zorg gedeclareerd die niet geleverd kan zijn door zorgaanbieder C. Deze zorgaanbieder heeft namelijk maar één medewerker en dat is de zorgverlener van verzoekster. Door het indienen van declaraties heeft verzoekster onrechtmatig voordeel verkregen. De ziektekostenverzekeraar heeft de daaraan verbonden gevolgen genoemd in zijn brief van 4 december 2025. Hij licht toe dat verzoekster een nota ontvangt van haar zorgverlener, die vervolgens door haar wordt ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De conclusie dat in dit geval sprake is van fraude is niet een op zichzelf staande omstandigheid. Het is de combinatie van de verwevenheid van de betrokken personen en de bekendheid met de arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener. Onder deze omstandigheden had verzoekster moeten weten dat de zorgnota's die zij ter declaratie indiende niet juist waren. De

ziektekostenverzekeraar verwijst naar de 6 punten in zijn brief van 2 juni 2026, waaruit volgens hem blijkt dat sprake is van fraude. Gevraagd naar het moment waarop verzoekster het opzet had de ziektekostenverzekeraar te misleiden, heeft hij geantwoord dat het gegeven van de arbeidsongeschiktheid pas later is gekomen. Verzoekster wist dat de zorgverlener ook aan haar echtgenoot en zoon zorg levert. Het gaat daarbij in totaal om een onmogelijk aantal uren aan zorg dat wordt geleverd, maar ook gedeclareerd. Het betreft vanaf 2022 een gemiddelde van 15 uren per dag, 7 dagen per week. Daarbij kwam volgens de ziektekostenverzekeraar de melding van de arbeidsongeschiktheid. Dat maakt het onmogelijk om een dergelijk aantal uren zorg nog te verlenen.

4.29. Daarnaar gevraagd door de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het bij onrechtmatig verkregen financieel voordeel moet gaan om het opzet, het overtreden van de wet of een regel, en dat sprake moet zijn van onrechtmatig verkregen voordeel. Hij bevestigt dat het hierbij gaat om artikel 7:941 van het Burgerlijk Wetboek. Voorts verwijst hij naar de artikelen 35 en 36 van de Wet marktordening gezondheidszorg. Het is op grond hiervan verboden zorg te betalen die niet uit de administratie is te herleiden. Verder licht de ziektekostenverzekeraar toe dat uit Logius informatie is ontvangen waaruit kan worden afgeleid dat de zorgverlener destijds op Curaçao was. De declaraties zijn ingediend vanaf een IP-adres op Curaçao. Hij kan echter (nog) niet kan bewijzen dat de zorgverlener daar toen ook daadwerkelijk verbleef.

4.30. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd door de commissie, verklaard dat uit de informatie van een andere zorgverzekeraar, de gemeente Tilburg, en een agendareconstructie blijkt dat de zorgverlener gemiddeld 15 uren per dag werkt. Alhoewel het hier niet gaat om de zorgverlener, is van belang dat verzoekster de wetenschap had dat er zorg werd gedeclareerd die feitelijk onjuist was. In artikel 7:941 van het Burgerlijk Wetboek is bepaald dat een uitkering van een vergoeding vervalt bij het opzet tot misleiding. Desgevraagd bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat de bewijzen van betalingen aan de zorgverlener geen onderdeel van geschil zijn. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat sprake is van een gesloten systeem van zorgverlener en haar drie cliënten. De uitspraak in kort geding is aanvullende informatie in deze procedure. Alles in samenhang biedt voldoende aanknopingspunten dat sprake is van fraude.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is niet bevoegd te beslissen ten aanzien van het handelen of nalaten van de zorgaanbieder, de voor deze werkzame zorgverlener, de gemeente, of de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van de zorgverlener. De commissie kan van het geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar kennisnemen en daarover een bindend advies kan uitbrengen. Dit volgt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Regeling zorgverzekering, en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Hetzelfde geldt voor de artikelen uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar onderzoek mocht doen naar mogelijke fraude en of hij terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich hieraan schuldig heeft gemaakt. Daarna wordt ingegaan op de terugvordering van de reeds verleende vergoedingen en de verdere, door de ziektekostenverzekeraar in dit kader getroffen maatregelen.

Onderzoek en verondersteld fraude

6.3. Ten aanzien van de bevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar om een fraudeonderzoek te doen, overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar, op grond van artikel 7.1, onder e, Rzv persoonsgegevens van verzekerden mag verwerken ten behoeve van het verrichten van fraudeonderzoek. Welke gegevens het hierbij betreft is geregeld in artikel 7.2, a tot en met i, Rzv. De zorgaanbieder is tot medewerking aan het fraudeonderzoek verplicht, zo volgt uit artikel 7.4, leden 3 en 4, Rzv. Artikel 7.10 stelt aan het onderzoek nadere regels.
Naar de commissie begrijpt, was in eerste instantie sprake van onderzoek naar zorgaanbieder C. en de voor deze werkzame zorgverlener. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat de aanleiding tot dit onderzoek werd gevonden in signalen die volgens haar niet rechtmatig waren verkregen. Daarmee suggereert zij dat het hierop volgende fraudeonderzoek en de uitkomsten ervan (ook) niet rechtmatig zijn. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Het is aan de zorgverzekeraar – mogelijke – signalen van fraude te onderzoeken. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de kwestie van de arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener niet aan het licht kwam door informatie verkregen van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraars, maar door informatie die van verzoekster zelf, de zorgverlener of zorgaanbieder C. werd ontvangen. De commissie ziet, gelet op het voorgaande, niet in dat de persoonsgegevens van verzoekster of de zorgverlener onrechtmatig zijn verwerkt.

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat verzoekster zich – al dan niet in samenwerking met de zorgverlener - schuldig heeft gemaakt aan fraude in de zin van artikel A.24 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van 2024. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden het recht op uitkering vervalt, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Het laatste zal, in geval van opzet, echter niet snel aan de orde zijn (NvW I, Kamerstukken II 1999/2000, 19529, 5, p. 27-28). Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen.
De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.

6.5. Het staat vast dat zorgaanbieder C. één medewerker heeft, en dat deze zorgverlener van verzoekster zich per 6 maart 2024 volledig arbeidsongeschikt heeft gemeld bij haar arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Dit laatste blijkt uit een kopie van een afschrift van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar en een e-mailbericht van 6 maart 2026 van de afdeling Speciale Zaken van de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Dat verzoekster hierover op dat moment door de zorgverlener is geïnformeerd of daarmee anderszins bekend is geworden, is in de procedure niet komen vast te staan. Dat verzoekster evenwel wetenschap had van de arbeidsongeschiktheid van zorgverlener leidt de commissie af uit de ingevulde vragenlijst van 15 november 2024, welke door verzoekster bij haar brief van 24 april 2025 werd gevoegd.
Bij vraag 7 heeft zij geantwoord dat de zorgverlener hulp, ondersteuning en begeleiding krijgt, omdat zij zelf worstelt met haar gezondheid. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat de zorgverlener – vanwege het prikkelbare darmsyndroom - niet volledig arbeidsongeschikt zou zijn

en zou zijn blijven werken, maar met ondersteuning en toezicht door haar echtgenoot of haar zoon. Deze verklaring overtuigt de commissie niet. De volledige arbeidsongeschiktheidsmelding van 6 maart 2024 maakt onaannemelijk dat de zorgverlener de voor verzoekster geïndiceerde zorg vanaf dat moment nog kon leveren en daadwerkelijk heeft geleverd. Dat geldt temeer nu de zorg ook niet kon worden overgenomen, blijkt uit de brief van verzoekster van 24 april 2025, waarin is vermeld: "*De meeste kunnen de zorg niet volledig overnemen, het toezicht dient meer voor het geval de zorgverlener acuut naar het toilet moet en ik niet alleen word gelaten, dus niet voor het daadwerkelijk volledig overnemen van de ADL zorg*". De commissie leidt hieruit af dat de daadwerkelijke zorgverlening niet kon worden overgenomen.

6.6. De commissie overweegt voorts dat door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld, dat gemiddeld genomen 14 of 15 uren per dag gedurende een aaneengesloten periode zorg is verleend door de zorgverlener. Het is onaannemelijk dat dit aantal zorguren per dag daadwerkelijk is gemaakt. Dat geldt temeer vanwege de hiervoor genoemde lange periode waarin dat zou zijn gebeurd en de volledige arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener. Dit samenstel van factoren maakt onaannemelijk dat de zorgverlening aan verzoekster conform de indicatiestelling en de ingediende declaraties is verleend. Verzoekster was van de arbeidsongeschiktheid op de hoogte en is desondanks zorgdeclaraties blijven indienen waarvan zij wist, althans behoorde te weten, dat deze onjuist waren. Verzoekster heeft onvoldoende aannemelijk kunnen maken dat dit anders zou zijn. Het lag op haar weg om hierover duidelijkheid te verschaffen, maar, hoewel verzoekster daartoe in de gelegenheid is gesteld, heeft zij dit niet gedaan. Verzoekster heeft louter volhard in de mededeling dat de zorg conform de indicatie wordt verleend, zonder motivering of onderbouwing.

6.7. Tegen de achtergrond van hetgeen hiervoor werd overwogen, acht de commissie de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster zich aan fraude heeft schuldig gemaakt, navolgbaar. Daarbij gaat de commissie uit van het opzet te misleiden met ingang van 15 november 2024, de datum waarop verzoekster heeft verklaard dat zij kennis had van de arbeidsongeschiktheid van de zorgverlener en de wijze waarop verzoekster en haar gezinsleden hier mee omgingen.

Opgelegde maatregelen

6.8. Nu sprake is van fraude zoals bedoeld in A.24 van de zorgverzekering, met ingang van 15 november 2024, is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd de vanaf deze datum uitgekeerde vergoedingen terug te vorderen en verdere maatregelen te treffen, zoals het opnemen van de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, het beëindigen van haar zorgverzekering per voornoemde datum, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten. Omdat fraude tevens een strafbaar feit oplevert kan hiervan aangifte worden gedaan, hetgeen in dit geval is gebeurd. Hierna zal worden ingegaan op de terugvordering van de reeds uitgekeerde vergoeding en de verdere, tegen verzoekster, getroffen maatregelen.

Terugvordering reeds verleende vergoedingen

6.9. Gelet op de hiervoor getrokken conclusie heeft verzoekster vanaf 15 november 2024 ten onrechte de door haar gedeclareerde kosten vergoed gekregen en mocht de ziektekostenverzekeraar overgaan tot terugvordering van hetgeen door hem werd uitgekeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn vordering in zijn brief van 18 december 2025 een overzicht opgenomen van de door hem aan verzoekster betaalde declaraties. Dit ziet op de periode van 1 augustus 2022 tot en met 1 april 2023 en de periode 1 november 2023 tot en met september 2024. Deze uitgekeerde vergoedingen bedragen in totaal € 140.045,42. Deze vergoedingen vallen buiten de periode van de vastgestelde fraude. Er is geen rechtsgrond deze reeds vergoede declaraties terug te vorderen.

Nadien hebben, volgens de ziektekostenverzekeraar per abuis, verder betalingen plaatsgevonden met betrekking tot de periode oktober 2024 tot en met februari 2026. Deze betalingen, naar door hem onweersproken is gesteld, ten bedrage van totaal € 68.218,64, zijn – met uitzondering van de periode tot 15 november 2024 - zonder rechtsgrond verricht en daarom mochten zij worden teruggevorderd.

Registratie persoonsgegevens

6.10. De verwerking van persoonsgegevens is aan regels gebonden. Deze zijn vastgelegd in de direct werkende AVG en nader uitgewerkt in de UAVG. Aan bepaalde verwerkingen heeft de AP bijzondere eisen gesteld. Zo is in het Besluit lijst verwerkingen persoonsgegevens waarvoor een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (DPIA) verplicht is – welk besluit is gebaseerd op de UAVG - vastgelegd dat bijvoorbeeld verzekeraars niet zomaar persoonsgegevens mogen verwerken in het kader van het opstellen van een 'zwarte lijst'. Indien al toegestaan, is het uitgangspunt bij de verwerking steeds dat moet zijn voldaan aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit. Subsidiariteit houdt in dat de registratie noodzakelijk moet zijn om het hiermee beoogde doel te bereiken. Bij de proportionaliteit gaat het om (i) de registratie van de persoonsgegevens 'op zich' en (ii) de duur van de registratie.

6.11. In dit geval betreft het de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister en het EVR. De eisen hiervoor zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI), - met ingang van 1 april 2026 is een nieuwe versie van kracht - waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De ziektekostenverzekeraar is via zijn lidmaatschap van genoemde vereniging gebonden aan het PIFI. In het besluit inzake de verwerking van persoonsgegevens op basis van het PIFI heeft de AP gesteld dat in diverse stadia van onderzoek en opname in het Incidentenregister en het EVR de benodigde proportionaliteits- en subsidiariteitsafwegingen zijn opgenomen die consequent gedocumenteerd moeten worden en dus verantwoord kunnen worden.
Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij de persoonsgegevens van betrokkene worden vermeld. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van een verzekeraar hebben toegang tot deze systematisch toegankelijk registratie. Toch kan opname hierin een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld.
Een verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van degene die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systematisch toegankelijke registratie waartoe alle verzekeraars toegang hebben. Medewerkers van andere verzekeraars kunnen daardoor achterhalen of over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de melding heeft opgenomen in zijn Incidentenregister. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan betrokkene, in dit geval verzoekster, kunnen weigeren.
Artikel 5.2.1 PIFI bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Er moet enerzijds een zwaardere verdenking tegen betrokkene bestaan dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude. Anderzijds is een strafrechtelijke veroordeling voor fraude niet vereist (ECLI:NL:HR:2009:BH4720). Wel moet er bewijs zijn van opzettelijke misleiding.
De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van acht jaren opgenomen in het Incidentenregister en voor de duur van acht jaren in het EVR.

6.12. De commissie overweegt dat de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in voornoemde registers voldoet aan de eis van subsidiariteit, nu het beoogde doel niet op een andere wijze kan worden bereikt. Met betrekking tot de proportionaliteit geldt ten aanzien van de registratie 'op zich' dat het handelen van verzoekster de opname van haar persoonsgegevens in bedoelde registers rechtvaardigt. De duur van de registratie dient echter ook proportioneel te zijn. Het PIFI benoemt dat bij de registratie wordt uitgegaan van een duur van acht jaren. Hierbij geldt dat de gemaakte proportionaliteits- en subsidiariteitsafweging van een duur van acht jaren rechtvaardigt. Bovendien dient deze afweging consequent te zijn gedocumenteerd en te kunnen worden verantwoord. De uitkomst van deze belangenafweging kan zijn dat een registratie voor de duur van acht jaren proportioneel is, maar kan ook leiden tot een registratie van een kortere duur. Waar het gaat om de proportionaliteit ziet de commissie vanwege de omvang van de fraude en het stelselmatige karakter geen aanleiding om de duur van de registraties te matigen.

Verhaal onderzoekskosten

6.13. In artikel A.24 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van 2024 is bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 532,-- bedragen, en heeft hiervan een berekening overgelegd. Tevens heeft hij onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. Verzoekster heeft de berekening en het causale verband niet gemotiveerd bestreden. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten bij verzoekster in rekening mocht brengen. Verzoekster heeft de onderzoekskosten reeds voldaan op 12 mei 2026.

Beëindiging verzekeringen

6.14. Hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar opzettelijk heeft misleid. Hiermee bestond, gelet op artikel 7:940, derde lid BW, en artikel A.24 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering een grondslag voor tussentijdse beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering.

6.15. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde klachtgeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:
- het verzoek wordt toegewezen voor zover het de terugvordering van de verleende vergoedingen betreft, in die zin dat alleen de kosten van de zorg die vanaf 15 november 2024 is verleend mogen worden teruggevorderd;
- de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde klachtgeld van € 37,- moet vergoeden;
- het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 31 oktober 2026,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.
Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
b. mondzorg;
c. farmaceutische zorg;
d. hulpmiddelenzorg;
e. verpleging;
f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Regeling zorgverzekering

Artikel 7.1

1. Als persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, die voor een zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zorgverzekeringswet worden aangemerkt de in artikel 7.2 bedoelde persoonsgegevens.

2. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het verrichten van formele controle dan wel materiële controle ten behoeve van:

a. de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder;
b. de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie;
c. de vaststelling van de eigen bijdragen van een verzekerde;
d. de vaststelling van een verplicht of vrijwillig eigen risico van een verzekerde, en
e. het verrichten van fraudeonderzoek.

3. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het uitoefenen van verhaalsrecht.

Artikel 7.2

De zorgverzekeraar beschikt ten behoeve van de in het voorgaande artikel aangegeven doelen en van de uitvoering van artikel 7.4a, over de volgende gegevens van de verzekerde:

a. naam, adres, postcode en woonplaats;
b. polisnummer, burgerservicenummer, geslacht en geboortedatum;
c. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie;
d. wanneer en in voorkomend geval ten gevolge van welke catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, de prestatie is geleverd;
e. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
f. de gegevens die op grond van een declaratieregeling moeten worden verstrekt;
g. de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde en
h. het bank- of girorekeningnummer;
i. overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controle dan wel fraudeonderzoek.

Artikel 7.4

1. De zorgverzekeraar verricht materiële controle op de wijze zoals bepaald in de artikelen 7.2a tot en met 7.2c en 7.5 tot en met 7.9.
2. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan de overeenkomstig het eerste lid uitgevoerde materiële controle.
3. De zorgverzekeraar verricht fraudeonderzoek op de wijze zoals bepaald in artikel 7.10.
4. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan overeenkomstig het derde lid uitgevoerd fraudeonderzoek.

Artikel 7.10

1. Bij fraudeonderzoek zijn de voorwaarden bedoeld in artikel 7.8, eerste lid, onderdelen b en d, van overeenkomstige toepassing, en is de in onderdeel e bedoelde voorwaarde van overeenkomstige toepassing voor zo ver het onderzoeksbelang of het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerde zich daar niet tegen verzet.

2. In afwijking van het eerste lid kan de zorgverzekeraar met betrekking tot een individuele verzekerde detailcontrole uitvoeren zonder dat de in dat lid genoemde voorwaarden van toepassing zijn, indien deze verzekerde ten behoeve van het fraudeonderzoek schriftelijk toestemming heeft gegeven voor verstrekking van hem betreffende gegevens over gezondheid aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwerkt bij de detailcontrole niet meer gegevens dan gelet op het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het geval noodzakelijk is.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.

2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.

3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.

4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.

6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.

7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

e) worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen niet langer te identificeren dan voor de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt noodzakelijk is; persoonsgegevens mogen voor langere perioden worden opgeslagen voor zover de persoonsgegevens louter met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden worden verwerkt overeenkomstig artikel 89, lid 1, mits de bij deze verordening vereiste passende technische en organisatorische maatregelen worden getroffen om de rechten en vrijheden van de betrokkene te beschermen („opslagbeperking");

f) door het nemen van passende technische of organisatorische maatregelen op een dusdanige manier worden verwerkt dat een passende beveiliging ervan gewaarborgd is, en dat zij onder meer beschermd zijn tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging („integriteit en vertrouwelijkheid").

2. De verwerkingsverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de naleving van lid 1 en kan deze aantonen („verantwoordingsplicht").

Artikel 6

Rechtmatigheid van de verwerking

1. De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:

a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;

b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;

c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;

d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;

e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;

f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

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

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

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

a) Unierecht; of

b) lidstatelijk recht dat op de verwerkingsverantwoordelijke van toepassing is.

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

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

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

a) ieder verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking;

b) het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld, met name wat de verhouding tussen de betrokkenen en de verwerkingsverantwoordelijke betreft;

c) de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere categorieën van persoonsgegevens worden verwerkt, overeenkomstig artikel 9, en of persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten worden verwerkt, overeenkomstig artikel 10;

d) de mogelijke gevolgen van de voorgenomen verdere verwerking voor de betrokkenen;

e) het bestaan van passende waarborgen, waaronder eventueel versleuteling of pseudonimisering.

Artikel 7

Voorwaarden voor toestemming

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

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

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

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

Artikel 8

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

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

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

2. Met inachtneming van de beschikbare technologie doet de verwerkingsverantwoordelijke redelijke inspanningen om in dergelijke gevallen te controleren of de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt, toestemming heeft gegeven of machtiging tot toestemming heeft verleend.

3. Lid 1 laat het algemene overeenkomstenrecht van de lidstaten, zoals de regels inzake de geldigheid, de totstandkoming of de gevolgen van overeenkomsten ten opzichte van kinderen, onverlet.

Artikel 9

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

1. Verwerking van persoonsgegevens waaruit ras of etnische afkomst, politieke opvattingen, religieuze of levensbeschouwelijke overtuigingen, of het lidmaatschap van een vakbond blijken, en verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens met het oog op de unieke identificatie van een persoon, of gegevens over gezondheid, of gegevens met betrekking tot iemands seksueel gedrag of seksuele gerichtheid zijn verboden.

2. Lid 1 is niet van toepassing wanneer aan een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:

a) de betrokkene heeft uitdrukkelijke toestemming gegeven voor de verwerking van die persoonsgegevens voor een of meer welbepaalde doeleinden, behalve indien in Unierecht of lidstatelijk recht is bepaald dat het in lid 1 genoemde verbod niet door de betrokkene kan worden opgeheven;

b) de verwerking is noodzakelijk met het oog op de uitvoering van verplichtingen en de uitoefening van specifieke rechten van de verwerkingsverantwoordelijke of de betrokkene op het gebied van het arbeidsrecht en het socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht, voor zover zulks is toegestaan bij Unierecht of lidstatelijk recht of bij een collectieve overeenkomst op grond van lidstatelijk recht die passende waarborgen voor de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene biedt;

c) de verwerking is noodzakelijk ter bescherming van de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon indien de betrokkene fysiek of juridisch niet in staat is zijn toestemming te geven;

d) de verwerking wordt verricht door een stichting, een vereniging of een andere instantie zonder winstoogmerk die op politiek, levensbeschouwelijk, godsdienstig of vakbondsgebied werkzaam is, in het kader van haar gerechtvaardigde activiteiten en met passende waarborgen, mits de verwerking uitsluitend betrekking heeft op de leden of de voormalige leden van de instantie of op personen die in verband met haar doeleinden regelmatig contact met haar onderhouden, en de persoonsgegevens niet zonder de toestemming van de betrokkenen buiten die instantie worden verstrekt;

e) de verwerking heeft betrekking op persoonsgegevens die kennelijk door de betrokkene openbaar zijn gemaakt;

f) de verwerking is noodzakelijk voor de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering of wanneer gerechten handelen in het kader van hun rechtsbevoegdheid;

g) de verwerking is noodzakelijk om redenen van zwaarwegend algemeen belang, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de fundamentele belangen van de betrokkene;

h) de verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnosen, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen;

i) de verwerking is noodzakelijk om redenen van algemeen belang op het gebied van de volksgezondheid, zoals bescherming tegen ernstige grensoverschrijdende gevaren voor de gezondheid of het waarborgen van hoge normen inzake kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht waarin passende en specifieke maatregelen zijn opgenomen ter bescherming van de rechten en vrijheden van de betrokkene, met name van het beroepsgeheim;

j) de verwerking is noodzakelijk met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden overeenkomstig artikel 89, lid 1, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende en specifieke maatregelen worden getroffen ter bescherming van de grondrechten en de belangen van de betrokkene.

3. De in lid 1 bedoelde persoonsgegevens mogen worden verwerkt voor de in lid 2, punt h), genoemde doeleinden wanneer die gegevens worden verwerkt door of onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar die krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels aan het beroepsgeheim is gebonden, of door een andere persoon die eveneens krachtens Unierecht of lidstatelijk recht of krachtens door nationale bevoegde instanties vastgestelde regels tot geheimhouding is gehouden.

4. De lidstaten kunnen bijkomende voorwaarden, waaronder beperkingen, met betrekking tot de verwerking van genetische gegevens, biometrische gegevens of gegevens over gezondheid handhaven of invoeren.

Artikel 10

Verwerking van persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten

Persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten of daarmee verband houdende veiligheidsmaatregelen mogen op grond van artikel 6, lid 1, alleen worden verwerkt onder toezicht van de overheid of indien de verwerking is toegestaan bij Unierechtelijke of lidstaatrechtelijke bepalingen die passende waarborgen voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen bieden. Omvattende registers van strafrechtelijke veroordelingen mogen alleen worden bijgehouden onder toezicht van de overheid.

Artikel 11

Verwerking waarvoor identificatie niet is vereist

1. Indien de doeleinden waarvoor een verwerkingsverantwoordelijke persoonsgegevens verwerkt, niet of niet meer vereisen dat hij een betrokkene identificeert, is hij niet verplicht om, uitsluitend om aan deze verordening te voldoen, aanvullende gegevens ter identificatie van de betrokkene bij te houden, te verkrijgen of te verwerken.

2. Wanneer de verwerkingsverantwoordelijke in de in lid 1 van dit artikel bedoelde gevallen kan aantonen dat hij de betrokkene niet kan identificeren, stelt hij de betrokkene daarvan indien mogelijk in kennis. In dergelijke gevallen zijn de artikelen 15 tot en met 20 niet van toepassing, behalve wanneer de betrokkene, met het oog op de uitoefening van zijn rechten uit hoofde van die artikelen, aanvullende gegevens verstrekt die het mogelijk maken hem te identificeren.

HOOFDSTUK III

Rechten van de betrokkene

Afdeling 1

Transparantie en regelingen

Artikel 12

Transparante informatie, communicatie en nadere regels voor de uitoefening van de rechten van de betrokkene

1. De verwerkingsverantwoordelijke neemt passende maatregelen opdat de betrokkene de in de artikelen 13 en 14 bedoelde informatie en de in de artikelen 15 tot en met 22 en artikel 34 bedoelde communicatie in verband met de verwerking in een beknopte, transparante, begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal ontvangt, in het bijzonder wanneer de informatie specifiek voor een kind bestemd is. De informatie wordt schriftelijk of met andere middelen, met inbegrip van, indien dit passend is, elektronische middelen, verstrekt. Indien de betrokkene daarom verzoekt, kan de informatie mondeling worden meegedeeld, op voorwaarde dat de identiteit van de betrokkene met andere middelen bewezen is.

136/1981.

A20 Terrorisme

Als 1 of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de totale schade die in een kalenderjaar als gevolg van zulke handelingen wordt gedeclareerd bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of de vergoeding daarvan tot een door die maatschappij voor alle verzekeringen te bepalen gelijk percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Het is mogelijk dat Menzis na een terroristische handeling een aanvullende bijdrage krijgt op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering. Als dit het geval is, heeft u in aanvulling op de prestaties bedoeld in de 1e zin van dit artikel, recht op prestaties waarvan de omvang wordt bepaald bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

A21 vervallen

A22 Aansprakelijkheid

Menzis is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt. De eventuele aansprakelijkheid van Menzis voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen van Menzis is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Menzis zouden zijn gekomen.

A23 Geen vergoeding voor niet-nagekomen afspraak

U heeft geen recht op vergoeding van kosten die aan u in rekening worden gebracht omdat u een afspraak met uw zorgaanbieder niet bent nagekomen.

A24 Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer Menzis opzettelijk misleidt, vervalt uw recht op uitkering. Menzis kan dan ook al uw verzekeringen opzeggen. Wat Menzis eventueel al heeft betaald als gevolg van de misleiding, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan Menzis betalen. Menzis kan aangifte doen en registreert uw gegevens. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.

A25 Bescherming persoonsgegevens

- U heeft ons persoonsgegevens toevertrouwd, zoals uw naam, adres en geboortedatum. Menzis zal met deze gegevens zorgvuldig omgaan. Uw gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering. Meer informatie over waar Menzis uw persoonsgegevens voor gebruikt, vindt u in het privacy statement op menzis.nl.
- Bij het gebruik van persoongegevens houden wij ons aan wet- en regelgeving. Zoals de Algemene verordening Gegevensbescherming (AVG), de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.
- Bij de uitvoering van uw verzekering zijn behalve Menzis ook anderen betrokken, zoals zorgaanbieders of een factoringbureau dat nota's incasseert. Het is voor de goede uitvoering van uw verzekering soms nodig dat Menzis uw persoonsgegevens aan die personen verstrekt en zij aan ons. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- In het geval u een nota online declareert, heeft Menzis het recht bij de zorgaanbieder te controleren of de zorgaanbieder deze nota aan u heeft verzonden. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben