

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Fraude, buitenlandnota (Syrië), opname in intern incidentenregister, registratie bij Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars
Zaaknummer : 2010.00849
Zittingsdatum : 3 november 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 29 januari 2010, waarin geconcludeerd is dat verzoekster heeft getracht de ziektekostenverzekeraar financieel te benadelen door een onjuiste voorstelling van zaken te geven over de oorzaak van haar klachten/redenen voor het ondergaan van een operatie in Syrië. In verband hiermee worden de betreffende nota's niet vergoed; de (externe) onderzoekskosten worden op haar verhaald; haar gegevens zijn opgenomen in het interne incidentenregister, en deze zijn geregistreerd bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 1 en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 29 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat de declaratie voor medische zorg in Syrië is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster heeft getracht hem financieel te benadelen doordat zij een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 27 mei 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 augustus 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2010 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt dat zij van 2 augustus tot 2 september 2009 in Syrië verbleef. Op 5 augustus 2009 is zij 's avonds, doordat de stroom uitviel terwijl zij de trap afliep, gestruikeld en op haar gezicht gevallen. Zij heeft hierdoor de hele nacht veel pijn gehad en heeft 's morgens een arts geconsulteerd. De arts heeft geconstateerd dat de neus was gebroken en moest worden geopereerd. Hiervoor diende echter eerst de zwelling weg te trekken. De arts heeft daarom ontstekingsremmers voorgeschreven. De ingreep heeft op 9 augustus 2009 plaatsgevonden. Verzoekster heeft bij haar val eveneens haar arm gekneusd, maar hiervoor was geen behandeling door een arts vereist.
 - 4.2. Verzoekster heeft op 6 augustus 2009 de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gesteld van de toedracht van het ongeval en de datum van de ingreep. De medewerkster van de alarmcentrale heeft verzoekster gevraagd of zij geld had om de ingreep te betalen en haar verteld dat zij na terugkeer in Nederland alle gegevens over het ongeval moest inleveren bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft na terugkeer in Nederland niet de huisarts of een andere zorgverlener geconsulteerd.
 - 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar voornoemde standpunten herhaald. Daarnaast heeft zij ter aanvulling aangevoerd, dat het gesprek, dat zij met de alarmcentrale heeft gehad, erg kort was en dat sprake was van een slechte verbinding. Het resultaat van de ingreep was niet wat je van een cosmetische ingreep zou verwachten. Zij overweegt daarom volgend jaar weer naar Damascus te gaan voor een correctie.
 - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat na onderzoek is gebleken dat sprake is van opzettelijke misleiding. In de periode 2007-2009 heeft verzoekster verscheidene cosmetische ingrepen ondergaan. In januari 2008 heeft verzoekster telefonisch geïnformeerd naar de vergoeding van een neuscorrectie ten laste van de aanvullende ver-

- zekering. Haar is toen medegedeeld dat een neuscorrectie niet zou worden vergoed.
- 5.2. In augustus 2009 heeft verzoekster, die op dat moment in Syrië verbleef, zich gewend tot de ANWB alarmcentrale in verband met, naar eigen zeggen, een gebroken arm en een neustrauma. Zij zegt slechts melding te willen maken van het feit, dat zij zelf de rekening zal voorschieten en wijst iedere verdere hulp van de hand. Hiermee heeft verzoekster de zorgverzekeraar en de ANWB de mogelijkheid ontnomen om enige vorm van controle uit te oefenen.
 - 5.3. Het door de zorgverzekeraar ingeschakelde onderzoeksbureau, dat ter plaatse onderzoek heeft verricht, is tot de conclusie gekomen dat de behandeling in het ziekenhuis in Syrië is geregistreerd als cosmetische behandeling. Bovendien blijkt de neusoperatie te zijn uitgevoerd door een plastische chirurg.
 - 5.4. Voorts zijn door verzoekster geen stukken overgelegd waaruit de medische noodzaak van de behandeling blijkt.
 - 5.5. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar stelt dat uit het verslag van de Syrische arts niet blijkt wat er precies is gebeurd. Uit het verslag blijkt dat de arts verzoekster eerst op 9 augustus 2009 heeft gezien “in aftermath of falling on face”. De arts spreekt over gebroken “face bones”, maar blijkbaar zijn deze niet behandeld. Op de door verzoekster ingediende foto is volgens de medisch adviseur niets te zien van behandeling van gebroken “face bones”. De foto wijst op een uitwendige (en mogelijk inwendige) neuscorrectie.
 - 5.6. Bij een acute neusfractuur wordt normaal gesproken niet veel gedaan op de eerste hulpafdeling van een ziekenhuis: de neus wordt manueel rechtgezet, getamponeerd, eventueel een gipsje op de neus en drie maanden later – als de botbreuken genezen zijn – indien medisch noodzakelijk geopereerd. Vier dagen wachten ter verdwijning van de zwelling en dan opereren is geen normale gang van zaken. Na een neusfractuur is het mogelijk dat een bloeding/hematoom ontstaat. In geval sprake is van een hierdoor ontstaan abces wordt niet nog 24 uur gewacht met opereren. Verzoekster wist reeds op 6 augustus 2009 dat zij geopereerd zou worden. Normaal gesproken kan dan nog geen sprake zijn geweest van een abces, aangezien een abces zich niet binnen ongeveer zestien uur na een ongeval ontwikkelt.
 - 5.7. Het laboratoriumonderzoek op 8 augustus en de ingreep op 9 augustus 2009 komen het meest overeen met een geplande neuscorrectie. Ook de melding van verzoekster bij de alarmcentrale past hierbij, aangezien de alarmcentrale verder geen actie hoefde te ondernemen.
 - 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de ter declaratie ingediende stukken van het ziekenhuis onduidelijk waren. Het lijkt erop dat een andere ingreep is uitgevoerd.
 - 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoekster aantoonbaar fraude heeft gepleegd, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden, en of de ziektekostenverzekeraar in reactie daarop gerechtigd was tot de genomen maatregelen.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt dat voor niet-spoedeisende, intramurale zorg in het buitenland voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist en luidt, voor zover hier van belang:

“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...) Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. (...)”

Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde redelijkerwijs aangewezen moet zijn op de verleende zorg, en luidt als volgt:

“Natuurlijk ondergaat u alleen een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is of onnodig veel kost in vergelijking met andere zorgvormen, komt niet voor rekening van de verzekering.”

Artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt als volgt:

“Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer [naam ziektekostenverzekeraar] opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding. [naam ziektekostenverzekeraar] beëindigt al uw verzekeringen. Wat [naam ziektekostenverzekeraar] eventueel al heeft betaald, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan [naam ziektekostenverzekeraar] betalen. [Naam ziektekostenverzekeraar] doet aangifte en uw gegevens worden geregistreerd. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars.”

In artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een nota zo gespecificeerd moet zijn dat het recht op vergoeding door de ziektekostenverzekeraar kan worden vastgesteld. Als een nota aan het voorgaande niet voldoet, ontvangt de verzekerde geen vergoeding.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 9.3. De bedoeling van artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn inmiddels ook neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. Sedert de inwerkingtreding op 1 januari 2006 van het nieuwe verzekeringsrecht als onderdeel van het Burgerlijk Wetboek in Boek 7, titel 17, BW is krachtens de hoofdregel van overgangsrecht (zie artikel 68a lid 1 Overgangswet nieuw Burgerlijk Wetboek) artikel 7:941 BW onmiddellijk van toepassing. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel A24 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebezigde terminologie “opzettelijk misleidt” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.4. Het voorgaande betekent, kort gezegd, dat sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang. Verzoekster verbleef van 2 augustus tot 2 september 2009 in Syrië. Op 9 augustus 2009 is zij aldaar in een ziekenhuis aan haar neus geopereerd. Verzoekster heeft na terugkomst in Nederland de kosten die verband houden met voornoemde ingreep ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Door het onderzoeksbureau van de ziektekostenverzekeraar is vastgesteld dat de ter declaratie ingediende nota's origineel zijn.
- 9.5. Verzoekster heeft gesteld dat de onderhavige ingreep het gevolg is van een ongeval. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hetgeen uit het verslag van de Syrische arts naar voren komt en het verloop van de behandeling, zoals door verzoekster is omschreven, niet in overeenstemming zijn met de gebruikelijke gang van zaken bij de behandeling van een gebroken neus. De stellingen van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zijn door verzoekster niet dan wel onvoldoende weersproken.
- 9.6. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster weliswaar de alarmcentrale op de hoogte heeft gesteld van het ongeval en de ingreep, maar dat zij iedere verdere hulp van de hand heeft gewezen. Deze stelling is door verzoekster

niet dan wel onvoldoende weersproken. Daarom neemt de commissie deze stelling als vaststaand aan.

- 9.7. Voorts heeft verzoekster geruime tijd vóór de onderhavige ingreep, in januari 2008, bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de mogelijkheid van vergoeding van een neuscorrectie. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar negatief geantwoord.
- 9.8. De commissie concludeert dat het geheel van vorenstaande feiten in onderling verband gezien een wezenlijk ander beeld doet ontstaan omtrent de situatie van verzoekster ten tijde van de onderhavige ingreep dan verzoekster wil doen voorkomen met haar verklaringen en antwoorden als bovenvermeld. De commissie komt daarmee tot het oordeel dat verzoekster bij haar declaratie gebruik heeft gemaakt van een onjuiste voorstelling van zaken. Op basis van de gang van zaken zoals die uit meer genoemde stukken naar voren is gekomen, komt de commissie verder tot het oordeel dat aan verzoeksters handelen de vooropgezette bedoeling ten grondslag moet hebben gelegen tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt tot de verdere conclusie dat bij verzoekster tevens sprake is geweest van opzet, in de zin van bovengenoemd artikel 7:941, lid 5 BW als vereiste voor verval van recht op uitkering.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 november 2010,

Voorzitter