

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en DSW Zorgverzekeraar N.V. te Schiedam
Zaak : Fraude, proportionaliteit maatregelen
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, art. 7:941 BW
Zaaknummer : 202201061
Zittingsdatum : 11 januari 2023

1. Partijen

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

en

DSW Zorgverzekeraar N.V. te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 23 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 juli 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De commissie heeft de zorgverzekeraar de gelegenheid geboden op het geschil te reageren. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar de commissie verzocht om uitstel voor het geven van een reactie. De commissie heeft hiermee ingestemd. Bij brief van 31 augustus 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 september 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar, zoals ter zitting was afgesproken, de maatregelenrichtlijn 'Maatregelen zorgverzekeraars en zorgkantoren bij vastgestelde fraude' van Zorgverzekeraars Nederland ('de Maatregelenrichtlijn') aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 16 januari 2023 aan verzoeker gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 13 juli 2020 bij de zorgverzekeraar de factuur van Nato Academy van 30 juni 2020 ingediend.
- 3.3. Bij brief van 7 januari 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat bij hem het vermoeden is ontstaan dat verzoeker een valselijk opgemaakte factuur bij hem heeft ingediend. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop binnen 14 dagen schriftelijk een reactie te geven. Bij brief van 12 januari 2021 heeft verzoeker gereageerd.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 15 december 2021 aan verzoeker meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat verzoeker heeft gefraudeerd door op 13 juli 2020 een niet waarheidsgetrouwe factuur in te dienen. In dit verband worden de volgende maatregelen aan verzoeker opgelegd:
 - de nota van 13 juli 2020 wordt niet vergoed;

- de onderzoekskosten van € 250,- worden op verzoeker verhaald;
- de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister voor de duur van 7 jaren;
- het dossier wordt gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsschadelijke Handelingen (CBV).

- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing verzocht. Bij brief van 28 maart 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker gevraagd bewijsstukken op te sturen, waaruit blijkt dat de gedeclareerde behandelingen hebben plaatsgevonden, of waaruit blijkt dat verzoeker geen fraude heeft gepleegd. De vertegenwoordiger van verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 13 april 2022 gereageerd.
- 3.6. Bij brief van 9 mei 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing van 15 december 2021 handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de aan hem opgelegde maatregelen in verband met fraude ongedaan dient te maken, althans ten minste de duur van de registratie van zijn persoonsgegevens in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister dient te verlagen tot aan de datum van dit bindend advies of een door de commissie te betalen datum. Voorts wenst verzoeker betaling van de proceskosten.
- 4.2. Verzoeker heeft in dat kader aangevoerd dat hij de dupe is geworden van frauduleus handelen door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft een factuur aan verzoeker verstrekt en hem geïnformeerd dat hij deze bij de zorgverzekeraar moest indienen als een verzoek om toestemming. De kosten van de behandelingen moesten vervolgens worden voldaan voordat deze hadden plaatsgevonden. Op het moment dat de zorgaanbieder verschillende meldingen van fraude ontving, heeft deze - naar verluid - besloten zijn administratie op te schonen en deels te vernietigen. Verder is door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraars, die een rechtmatigheidsonderzoek hebben uitgevoerd, meegedeeld dat de facturen niet door hem, de zorgaanbieder, zijn opgemaakt, maar valselijk zijn opgesteld door verschillende verzekerden en dat de behandelingen niet hadden plaatsgevonden. De zorgverzekeraar lijkt de conclusie van zijn onderzoek te baseren op laatstgenoemde verklaring en de beperkte en gebrekkige administratie van de zorgaanbieder. Voorts is niet gebleken dat onderzoek is gedaan naar de handelwijze van de zorgaanbieder, terwijl dit wel op de weg van de zorgverzekeraar had gelegen. De uitkomsten van het onderzoek en de hieraan verbonden maatregelen in het geval van verzoeker kunnen om die reden geen stand houden.
- 4.3. Verzoeker heeft erop gewezen dat hoge eisen worden gesteld aan de opname van persoonsgegevens in het Externe Verwijzingsregister. In dit verband verwijst verzoeker naar het arrest van het Gerechtshof Arnhem Leeuwarden van 27 mei 2014 (ECLI:NL:GHARL:2014:4259), het vonnis van de rechtbank Rotterdam van 1 februari 2012 (ECLI:NL:RBROT:2012:BV2670) en de uitspraak van de Raad van Toezicht Verzekeringen van 20 februari 2016 (nr. 2006/013 re). Hieruit blijkt dat registratie alleen mag plaatsvinden als de fraude is vastgesteld en voorts dat een belangenafweging moet plaatsvinden tussen enerzijds het belang van de verzekeraar bij registratie en anderzijds de mogelijke nadelige gevolgen hiervan voor de betrokkene. Daarbij moet de verzekeraar in ieder geval nagaan of de bijzondere omstandigheden van het geval, zoals de geringe ernst van het bedrog of de betrekkelijk geringe gevolgen hiervan, de registratie onevenredig hard maken. Dat een dergelijke afweging moet worden gemaakt, volgt ook uit artikel 5.2.1. van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: PIFI). In de noot bij het arrest van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden van 26 januari 2016 (ECLI:NL:GHARL:2016:494/JA2016/49) is hierover vermeld: "Om te beoordelen of de registratie van persoonsgegevens in het CIS-register rechtmatig is, toetst het hof in deze zaak aan de voorwaarden die het PIFI voor opname in het externe verwijzingsregister stelt. Art. 5.2. PIFI geeft allereerst twee voorwaarden waaraan een melding moet voldoen: er moet sprake zijn van een gedraging die een bedreiging vormt of kan vormen voor de (integriteit van) de verzekerde, dan

wel de financiële sector als geheel) en er moet worden vastgesteld of het voldoende zeker is dat de betreffende verzekerde bij deze gedraging betrokken is. Een enkel vermoeden van fraude is niet genoeg: in principe moet er aangifte gedaan worden. (...) Waar het om gaat is dat er meer dan een redelijk vermoeden van fraude bestaat, in die zin dat er sprake is van feiten en omstandigheden die een als strafbaar feit te kwalificeren bewezenverklaring kunnen dragen en dat deze feiten in voldoende mate moeten vaststaan."

Daarnaast moet het proportionaliteitsbeginsel in acht worden genomen, zoals beschreven in artikel 5.2, onder c, PIFI. Vereist is dat de verzekeraar vóór elke registratie het belang hiervan voor de verzekeraar afweegt tegen de mogelijke nadelige gevolgen hiervan voor de betrokkene. Volgens het arrest van de Hoge Raad van 15 januari 2016 (RvdW 2016,150) geldt dit eveneens voor de duur van de registratie. Verzoeker stelt dat niet is gebleken dat de zorgverzekeraar een belangenafweging heeft gemaakt en dat daarnaast niet is gebleken dat het proportionaliteitsbeginsel door hem in acht is genomen. De zorgverzekeraar heeft namelijk ongemotiveerd gekozen voor een registratie van 7 jaren. De noodzaak van de opname van de persoonsgegevens van verzoeker voor deze duur kan niet worden verklaard.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. De zorgaanbieder heeft fraude gepleegd en heeft een en ander geïnitieerd. Er was geen sprake van een georganiseerd verband of samenspanning om fraude te plegen. Verzoeker wist niet dat hij deel nam aan frauduleuze praktijken. De zorgverzekeraar trekt de rol van de zorgaanbieder ten onrechte niet in twijfel.

Daarnaast speelt ook een rol dat verzoeker de Nederlandse taal niet goed beheerst. Bij het opstellen van zijn brief heeft hij dan ook hulp gehad.

Daarnaar door de commissie gevraagd heeft verzoeker bevestigd dat de behandelingen niet hebben plaatsgevonden. Hij dacht dat de betreffende nota een offerte was. Pas als vast stond dat hij een vergoeding zou krijgen, zou hij de behandeling ondergaan. Hij weet nu dat hij dit verkeerd heeft gedaan, daarom heeft hij ook de boete en de onderzoekskosten betaald. Verzoeker vindt de overige opgelegde maatregelen echter te ver gaan.

- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat na onderzoek is vastgesteld dat de betreffende factuur niet waarheidsgetrouw is en dat verzoeker heeft getracht de zorgverzekeraar opzettelijk te misleiden, hetgeen de zorgverzekeraar kwalificeert als fraude. De maatregelen die in dit verband op basis van artikel 12, vijfde lid, van de polisvoorwaarden aan hem zijn opgelegd zijn terecht. Hiertoe heeft hij aangevoerd dat verzoeker de factuur van 30 juni 2020 op 13 juli 2020 en 16 november 2021 digitaal ter declaratie bij hem heeft ingediend. Uit onderzoek is gebleken dat deze factuur valselijk is opgesteld en dat de gedeclareerde behandelingen niet hebben plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met zijn bevindingen geconfronteerd. Verzoeker heeft bij brief van 12 januari 2021 gereageerd en doet het voorkomen alsof sprake is van een begroting die hij slechts heeft ingediend om te informeren of hij recht had op vergoeding. Dit vindt de zorgverzekeraar echter niet aannemelijk, omdat (i) op het stuk duidelijk is vermeld dat sprake is van een factuur, (ii) de factuur digitaal is gedeclareerd en verzoeker hierbij zijn rekeningnummer heeft moeten vermelden en (iii) verzoeker heeft verklaard dat hij de declaratie naar waarheid heeft ingediend.

De zorgverzekeraar heeft besloten de factuur niet te vergoeden, een bedrag van € 250,- aan onderzoekskosten bij verzoeker in rekening te brengen en zijn persoonsgegevens voor de duur van 7 jaren op te nemen in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister. Dat een belangenafweging heeft plaatsgevonden en dat de opgelegde maatregelen proportioneel zijn, blijkt volgens de zorgverzekeraar uit het feit dat slechts een fractie van de daadwerkelijke onderzoekskosten op verzoeker wordt verhaald en uit het gebruik van de checklist die deel uitmaakt van de 'Maatregelenrichtlijn' van Zorgverzekeraars Nederland.

- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. De zorgverzekeraar merkt op dat hij de zorgaanbieder niet blind heeft gevolgd. De fraude heeft op grote schaal plaatsgevonden. Verzoeker heeft hieraan meegewerkt doordat hij een nota heeft ingediend voor behandelingen die niet hebben plaatsgevonden. Verzoeker spreekt behoorlijk goed Nederlands en er zit ook een in het Nederlands opgestelde brief van verzoeker in het dossier. Daarom gaat de zorgverzekeraar ervan uit dat verzoeker heeft begrepen dat hij een factuur heeft ingediend voor behandelingen die met data op de factuur zijn vermeld. Dat de zorgaanbieder ook fout is geweest, maakt dit niet anders.
- De getroffen maatregelen zijn gebaseerd op de Maatregelenrichtlijn van ZN en de daarop gebaseerde sanctiechecklist. Hierbij zijn meegewogen het verzekerde bedrag, het na confrontatie met het gedrag blijven ontkennen, en het deel uitmaken van een georganiseerd verband. Het totaal aantal punten op basis van deze factoren leidt tot de getroffen maatregelen.
- Bij nadere beschouwing is het meegewogen 'georganiseerd verband' een te zware omstandigheid. De zorgverzekeraar laat daarom het 'georganiseerd verband' vallen. Er is echter wel sprake van samenspanning. Dit leidt ertoe dat de EVR-registratie wordt beperkt tot 1 jaar, en dat jaar is inmiddels verstreken.
- Daarnaar door de commissie gevraagd licht de zorgverzekeraar toe dat indien ook de samenspanning zou komen te vervallen, de registratie in het EVR volgens de Maatregelenrichtlijn zou komen te vervallen.
- Verder heeft de zorgverzekeraar, door de commissie daarnaar gevraagd, verklaard dat het dossier van verzoeker niet is aangemeld bij het CBV, omdat het CBV niet meer bestaat.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Fraude

- 7.2. De zorgverzekeraar heeft van verzoeker een factuur van NATO Academy ontvangen, waarmee vier behandelingen worden gedeclareerd voor epilatie van het gezicht die hebben plaatsgevonden in de periode van 2 februari 2020 tot en met 30 juni 2020. Volgens de zorgverzekeraar is de desbetreffende factuur niet waarheidsgetrouw en heeft verzoeker getracht hem opzettelijk te misleiden, hetgeen hij kwalificeert als fraude. Daarom heeft de zorgverzekeraar (op basis van artikel 12, vijfde lid, van de algemene voorwaarden) de hiervoor onder 3.4 genoemde maatregelen genomen, waaronder het verval van het recht op uitkering. In deze situatie moet worden getoetst aan artikel 7:941 BW.
- 7.3. In artikel 7:941, vijfde lid, BW is bepaald dat het recht op uitkering vervalt als de verzekeringnemer een verplichting, voor zover thans van belang, in het kader van de zorgverzekering, als bedoeld in artikel 7:941, tweede lid, BW (betreffende - kort gezegd - de informatieverplichting van de verzekeringnemer aan de verzekeraar teneinde deze in staat te

stellen om de uitkeringsplicht te beoordelen) niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval niet rechtvaardigt.

- 7.4. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.
- 7.5. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dit verband is het volgende van belang.
- 7.6. Door de zorgverzekeraar is gesteld dat het opzet om hem te misleiden blijkt uit (i) het gegeven dat de behandelingen die zijn gedeclareerd niet hebben plaatsgevonden en (ii) de verklaring van verzoeker dat hij een behandeling wilde ondergaan voor het reinigen van de huid, terwijl epilatie behandelingen zijn gedeclareerd. Verzoeker heeft hier tegenin gebracht dat hij de factuur niet ter declaratie heeft ingediend, maar dat hij wilde informeren of hij deze behandelingen mocht ondergaan en of deze voor vergoeding in aanmerking kwamen. Verder heeft hij verklaard dat hij de dupe is geworden van frauduleus handelen door de zorgaanbieder die hem onjuist en onvolledig heeft geïnformeerd.
- De commissie overweegt dat op de factuur van 30 juni 2020 behandelingen zijn vermeld die reeds - op 2 februari, 1 maart, 18 mei en 30 juni 2020 - zouden hebben plaatsgevonden. Het is om die reden niet geloofwaardig dat verzoeker de factuur op 13 juli 2020 heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar omdat hij toestemming wilde vragen om deze behandelingen te ondergaan. Evenmin blijkt uit de verdere gedragingen van verzoeker dat hij de factuur heeft ingediend om te informeren naar de (hoogte) van een eventuele vergoeding. De zorgverzekeraar heeft immers aangetoond dat de factuur ter declaratie is ingediend en dat verzoeker hierbij zijn rekeningnummer heeft vermeld. Overigens heeft verzoeker ter zitting verklaard dat de behandelingen niet hebben plaatsgevonden. Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat verzoeker bij brief van 12 januari 2021 aan de zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij een 'testfactuur' heeft ingediend voor het reinigen van de huid, terwijl hierop epilatie behandelingen zijn vermeld. Voor deze discrepantie heeft verzoeker geen enkele verklaring gegeven.
- Alles overwegende neemt de commissie als vaststaand aan dat verzoeker willens en wetens een valselijk opgestelde factuur bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend, teneinde een wederrechtelijke voordeel te behalen. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat hij slachtoffer is geworden van frauduleus handelen door de zorgaanbieder is niet aannemelijk gemaakt. Verzoeker heeft de desbetreffende factuur immers zelf ingediend. Op hem rustte dan ook de plicht om deze op juistheid te controleren en in geval van twijfel deze niet ter declaratie in te dienen. Daarnaast ziet de commissie niet in welk voordeel de zorgaanbieder zou kunnen behalen bij het indienen van een declaratie door verzoeker, waarbij een eventuele vergoeding aan verzoeker zou zijn uitgekeerd. Dit laatste kan slechts anders zijn als zij afspraken hadden gemaakt over het indienen van een valselijk opgestelde factuur en de verdeling van de vergoeding. Hoewel niet is gebleken dat dit laatste aan de orde is, geldt in dat geval dat verzoeker ervan op de hoogte was dat hij fraude pleegde en om die reden geen slachtoffer was.
- 7.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het recht op uitkering op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW komt te vervallen. Dit betekent dat de zorgverzekeraar niet is gehouden de door verzoeker ingediende nota te vergoeden. Hierbij merkt de commissie nog op dat hij hiertoe überhaupt niet was gehouden, omdat de zorgverzekering voor de gedeclareerde zorg geen dekking biedt.

Maatregelen

- 7.8. De zorgverzekeraar heeft op basis van artikel 12, vijfde lid, van de algemene voorwaarden voorts besloten de persoonsgegevens van verzoeker op te nemen in het Interne incidentenregister en

het EVR voor de duur van 7 jaren. In het PIFI is vermeld wanneer en onder welke voorwaarden de genoemde registraties mogen plaatsvinden. Voor beide registraties geldt dat hierbij het proportionaliteitsbeginsel en het subsidiariteitsbeginsel in acht moeten worden genomen. Dit volgt uit de artikelen 4.1.2. PIFI en 5.2.1, onder c, PIFI.

Op pagina 42 van de Annex bij het PIFI is hierover vermeld: "(...) Relevante belangen voor het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel in deze (kunnen) onder andere zijn: de instandhouding en werking van (de doelstellingen) van het Waarschuwingssysteem; de aard van het gewraakte gedrag in het licht van de doelstellingen van het Protocol (Arrest HR Santander); de (potentiële) impact van het gewraakte gedrag; en de persoon van de Betrokkene. Ook ten aanzien van de duur moet worden getoetst of het belang van opname prevaleert boven de mogelijke nadelige gevolgen voor de Betrokkene als gevolg van opname van zijn Persoonsgegevens. De aard van de Incidenten rechtvaardigt in beginsel een opnameduur van 8 jaar in het EVR. Van deze termijn kan worden afgeweken in bijzondere omstandigheden, die door de Deelnemer worden beoordeeld. (...)"

Op pagina 45 van de Annex bij het PIFI is voorts vermeld: "(...) In de werkinstructies is nadrukkelijk aandacht voor de proportionaliteitsafweging. Voor eventuele plaatsing in het EVR dient het belang van de Deelnemer, en die van de andere Deelnemers, bij opname te worden afgewogen tegen de gevolgen van de opname voor de Betrokkene. De gevolgen van opname moeten in verhouding staan tot het de gewraakte gedraging en de overige omstandigheden van het geval. Dat is de basis van hetgeen met artikel 5.2.1, onder c, Protocol wordt voorgeschreven. (...)"

- 7.9. Uit het voorgaande blijkt dat zowel ten aanzien van de opname van de persoonsgegevens van betrokkene in het interne Incidentenregister als in het EVR een belangafweging moet worden gemaakt tussen het belang van registratie enerzijds en de mogelijke nadelige gevolgen voor de betrokkene anderzijds. Het is aan de verzekeraar in kwestie om aan te tonen dat voorafgaand aan de registratie een dergelijke belangenafweging heeft plaatsgevonden - zowel ten aanzien van de registratie zelf als voor de duur hiervan - en wat hiervan de uitkomst is. Een en ander moet worden vastgelegd in het dossier van de afdeling Veiligheidszaken van de betrokken (zorg)verzekeraar.
- 7.10. De zorgverzekeraar heeft een kopie van het onderzoeksrapport overgelegd. Hieruit blijkt dat de zorgverzekeraar een zogenoemde sanctiechecklist heeft ingevuld, die deel uitmaakt van de 'Maatregelenrichtlijn' die door Zorgverzekeraars Nederland is opgesteld. Uit de checklist volgt dat punten worden toegekend op basis van het financieel belang en nader genoemde verzwarende omstandigheden en dat punten in mindering kunnen worden gebracht als sprake is van verzachtende omstandigheden. Het puntentotaal geeft een indicatie voor de op te leggen maatregelen, waarvan de zorgverzekeraar om hem moverende redenen kan afwijken. De zorgverzekeraar heeft 3 punten toegekend, omdat het financieel belang kleiner is dan € 1.000,--. Verder zijn als verzwarende omstandigheden 2 punten toegekend, omdat verzoeker na confrontatie met het bewijs blijft ontkennen en zijn 10 punten toegekend omdat sprake is van georganiseerd verband. Tijdens de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar de verzwarende omstandigheid 'georganiseerd verband' laten vallen, en deze verlaagd naar 'samenspanning'. Zoals in 7.6 al is vastgesteld, is niet gebleken dat verzoeker en de zorgaanbieder afspraken hebben gemaakt over het indienen van een valselijk opgestelde factuur. De commissie is daarom van oordeel dat samenspanning niet is bewezen.
- 7.11. Alles overwegende komt de commissie tot de volgende conclusie. Er is sprake van fraude, maar de door de zorgverzekeraar opgelegde maatregelen zijn gezien de omstandigheden te zwaar. De zorgverzekeraar heeft het 'georganiseerd verband' reeds laten vallen, en het daarvoor in de plaats gestelde 'samenspanning' is niet bewezen. Uit de 'Maatregelenrichtlijn' blijkt in dit geval de maatregelen 'waarschuwing en interne signalering' van toepassing. Dit is ter zitting ook bevestigd door de zorgverzekeraar. De registratie in het EVR komt derhalve te vervallen.
- 7.12. De zorgverzekeraar heeft voorts besloten € 250,- aan onderzoekskosten op verzoeker te verhalen. Dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe kan overgaan in het geval van fraude, blijkt uit artikel 12, vijfde lid, van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Het is evenwel aan de

zorgverzekeraar aannemelijk te maken dat deze kosten daadwerkelijk zijn gemaakt. Voorts moeten de in rekening gebrachte kosten proportioneel zijn. De zorgverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat de daadwerkelijke onderzoekskosten € 2.025,- bedragen en heeft daarbij verwezen naar de specificatie bij het onderzoeksrapport. De zorgverzekeraar heeft besloten slechts een deel van deze kosten bij verzoeker in rekening te brengen.

De commissie maakt uit de overgelegde specificatie op dat door de zorgverzekeraar ten minste € 250,- aan onderzoekskosten zijn gemaakt en acht verhaal van dit bedrag op verzoeker, in het licht van de omstandigheden van het geval, niet disproportioneel.

- 7.13. Tot slot heeft verzoeker gevraagd om vergoeding van de door hem gemaakte proceskosten.

Op grond van artikel 21.2 van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen kan de commissie, indien daarom wordt verzocht, beslissen dat de verzekeraar aan de consument een vergoeding moet toekennen voor de door hem/haar gemaakte kosten van de klachtbehandeling door de SKGZ, als de consument geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, het redelijk is dat de kosten door de consument zijn gemaakt en de omvang van de kosten redelijk is.

Uit het voorgaande blijkt dat verzoeker (deels) in het gelijk wordt gesteld. De commissie overweegt echter dat de onderhavige procedure laagdrempelig is, zodat het in beginsel niet noodzakelijk is rechtsbijstand in te schakelen. In principe is dit dan ook een keuze van de verzekerde zelf en blijven de kosten hiervoor voor eigen rekening. Bovendien heeft verzoeker niet aangetoond dat hij kosten heeft gemaakt, nog afgezien van het feit dat de door hem gevorderde kosten niet zijn gespecificeerd. Daarom ziet de commissie geen grond voor vergoeding.

Nu verzoeker deels in het gelijk is gesteld, beslist de commissie dat de zorgverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Slotsom

- 7.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de zorgverzekeraar de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het EVR ongedaan dient te maken;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (iii) hetgeen meer of anders is gevorderd wordt afgewezen.

Zeist, 13 maart 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

ARTIKEL 11 - OVERIGE VOORWAARDEN

LID 1 RECHT OP ANDERE ZORG DAN IN VOORWAARDEN OMSCHREVEN

In de artikelen 15 tot en met 42 van deze polisvoorwaarden staat voor welke zorg u volgens deze zorgverzekering recht heeft op vergoeding. U kunt echter ook recht hebben op vergoeding van andere vormen van zorg. De voorwaarden hiervoor zijn dat:

- a. vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt; en
- b. wij u van tevoren toestemming hebben gegeven voor die vorm van zorg; en
- c. die vorm van zorg wettelijk niet is uitgesloten.

LID 2 OPNAME IN ANDERE DAN VERZEKERDE KLASSE

Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis en daar terecht komt in een andere klasse dan de aldaar geldende laagste klasse, vergoeden wij aan u het tarief van de laagste klasse.

LID 3 BEGIN EN EINDE VAN RECHT OP VERGOEDING VAN KOSTEN VAN ZORG

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg waarop u volgens deze polisvoorwaarden recht heeft als u die zorg heeft ontvangen in de periode dat deze zorgverzekering loopt.

Als wij een declaratie ontvangen van een DBC of zorgproduct met een startdatum die eerder is dan de einddatum van uw zorgverzekering bij DSW, dan gaan wij ervan uit dat de kosten zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering van kracht was.

LID 4 REGISTRATIE VAN PERSOONSgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om (persoons)gegevens. Deze gegevens gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, voor statistische analyses en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

In het privacy statement op onze website vindt u nadere informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens door DSW, zoals de gronden voor de verwerking en uw rechten ten aanzien van deze gegevens.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en aanverwante regelgeving, waaronder de meest recente Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons geraadpleegd worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

LID 5 VERWERKING VAN MEDISCHE GEGEVENS

De verwerking van medische gegevens vindt afzonderlijk plaats. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur, die een geheimhoudingsplicht heeft.

Medische gegevens worden uitsluitend gebruikt wanneer dat noodzakelijk is bij het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) waarvoor de medische gegevens zijn aangeleverd. Om deze uitvoering correct te laten verlopen, zijn er naast de medisch adviseur ook andere personen binnen ons bedrijf die deze medische gegevens verwerken. Deze personen hebben daarbij een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht en verwerken de medische gegevens onder diens verantwoordelijkheid.

ARTIKEL 12 - UW VERPLICHTINGEN**LID 1 ALGEMENE VERPLICHTINGEN**

U bent verplicht om:

- a. u te legitimeren als u zorg inroept bij een zorgaanbieder. Legitimeren kan door middel van een geldig rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- b. aan de behandelend arts of medisch specialist te vragen om de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als hij hierom vraagt;
- c. ons te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie om de zorgverzekering goed te kunnen uitvoeren. We houden ons hierbij aan wat hierover in de privacyregelgeving is geregeld;
- d. eventuele aanvang en beëindiging van detentie binnen een maand aan ons te melden;
- e. de verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de zorgverzekering;
- f. bij beëindiging van de zorgverzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar aan ons te melden, zodat wij de zorgverzekering correct kunnen afwikkelen.

LID 2 VERPLICHTINGEN ROND DECLARATIE ZORGKOSTEN

Wanneer de zorgaanbieder de kosten niet rechtstreeks bij ons indient maar u een nota stuurt, bent u verplicht ons die originele nota tijdig, bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling plaatsvond, aan ons op te sturen. Hierbij is de behandeldatum of de datum van de levering van de zorg bepalend.

Wanneer u kosten bij ons declareert geeft u per nota aan, aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgaanbieder is. Na ontvangst van uw nota gaan wij na op welk bedrag u volgens uw zorgverzekering recht heeft. Wij betalen u dat bedrag, waarbij een eventuele eigen bijdrage of eigen risico in mindering kan worden gebracht.

Indien u een nota van een zorgaanbieder zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgaanbieder contant heeft betaald. Daarnaast kunnen wij u ook vragen om ons de originele nota toe te sturen wanneer u uw nota digitaal bij ons heeft ingediend. Bewaar betaalbewijzen en originele nota's daarom minimaal twee jaar nadat u uw nota bij ons heeft ingediend. Als wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs of de originele nota en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie (alsnog) af en krijgt u hierover bericht.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het voorkomen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat raden wij u aan om u vooraf goed te laten informeren over de vergoeding.

Buitenlandse nota's

Heeft u een nota voor zorg uit het buitenland en wilt u deze declareren? Dan hebben we altijd de originele papieren versie nodig. U kunt buitenlandse nota's dus niet via de MijnDSW app of via de MijnDSW omgeving op www.dsw.nl declareren. Maak een kopie voor uzelf, gebruik het declaratieformulier en stuur de nota per post op. Vergeet niet de vragen op de achterkant van het declaratieformulier in te vullen.

LID 3 VERPLICHTINGEN BIJ VERHAAL DOOR DSW

a. Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen waardoor u, direct of later, zorg moet krijgen waarvan de kosten onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Als wij anderen mogelijk voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit zo spoedig mogelijk aan ons melden. DSW kan u verzoeken om aangifte te doen bij de politie als dit bijdraagt aan het verhaal door DSW. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn en alle informatie te verstrekken bij eventueel verhaal van de kosten.

b. Geen afspraken met andere partijen (derden)

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten sluiten met anderen (derden) - ook verzekeraars - die onze verhaalsmogelijkheden (kunnen) benadelen, tenzij wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

c. Gevolgen bij niet meewerken

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u niet meewerkt onze kosten te verhalen.

LID 4 GANG VAN ZAKEN BIJ NIET-NAKOMEN VERPLICHTINGEN

Vermindering vergoedingsplicht bij nadeel

Als u de verplichtingen genoemd in deze polisvoorwaarden niet nakomt en onze belangen hierdoor zijn geschaad, kunnen wij aanspraak maken op vermindering van de vergoedingsplicht tot maximaal het door ons geleden nadeel.

Uiterlijke declaratietermijn

Volgens de wet moet u de originele nota binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend bij ons hebben ingediend. Ontvangen wij uw nota later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.



LID 5 FRAUDE

U bent verplicht ons alle relevante en juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, valse of misleidende stukken of doet u een onware opgave met betrekking tot uw ingediende declaratie of heeft u anderszins gehandeld met het opzet ons te benadelen dan:

- a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, waaronder alle ingediende declaraties van het declaratieformulier, en ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
- b. zullen wij een onderzoek (laten) instellen om ons vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek gaan wij niet over tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s);
- c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;
- d. hebben wij bij vastgestelde fraude en/of misleiding het recht de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;
- e. zullen wij intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij de politie;
- f. zullen wij gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert.

LID 6 DOORGEVEN VAN BELANGRIJKE GEBEURTENISSEN

U bent verplicht binnen dertig dagen gebeurtenissen aan ons door te geven die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren. Het gaat om zaken als:

- a. verhuizing;
- b. geboorte;
- c. echtscheiding;
- d. overlijden.

LID 7 HOUD UW GEGEVENS UP-TO-DATE

Wij gaan ervan uit dat berichten bij u aankomen als wij die berichten toesturen aan het meest actuele (e-mail)adres dat van u bij ons bekend is.

Wij kunnen niet aansprakelijk worden gesteld voor schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt als u niet uw meest actuele post- of e-mailadres aan ons bekend heeft gemaakt.

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.