

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500080

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 13 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 februari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 15 april 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster heeft op 25 mei 2025 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 27 mei 2025 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 4 juni 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Ter zitting is afgesproken dat de zorgverzekeraar de Sociale Verzekeringsbank (SVB) zal vragen of de door verzoekster toegestuurde loonstroken van hem afkomstig zijn. Tevens is afgesproken dat de zorgverzekeraar zal verklaren hoe de ter discussie staande loonstroken bij hem zijn binnengekomen en dat hij zal toelichten hoe hij tot de tegen verzoekster getroffen maatregelen en het bedrag van de onderzoekskosten is gekomen. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 25 juni 2025 zijn reactie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 26 juni 2025 aan verzoekster gezonden. Zij heeft hierop bij brief van 13 juli 2025 gereageerd. Een kopie hiervan is op 15 juli 2025 ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster en haar minderjarige zoon (hierna: verzekerde) waren in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis basis (hierna: de zorgverzekering). Verzoekster trad hierbij op als verzekeringnemer.

- 2.2. Verzoekster beheert het Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) voor verzekerde. In dat kader declareert zij nota's voor diens zorgkosten bij de zorgverzekeraar en/of de SVB. Daarnaast heeft zij nota's gedeclareerd van ADHD Centraal. Verzoekster heeft op enig moment navraag gedaan bij de zorgverzekeraar, omdat zij dacht dat een nota van ADHD Centraal niet was vergoed. Vervolgens heeft zij een screenshot van bij- en afschrijvingen van de bank aan de zorgverzekeraar gezonden. Daarnaast heeft zij betreffende het PGB vv twee loonstroken over de maanden augustus 2023 en januari 2024 naar de zorgverzekeraar gestuurd, die thans ter discussie staan. De zorgverzekeraar is naar aanleiding hiervan een onderzoek gestart. In het kader van dit onderzoek heeft op 25 juli 2024 een gesprek via Teams plaatsgevonden tussen verzoekster en de zorgverzekeraar.
- 2.3. Bij brief van 30 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoekster heeft geprobeerd hem te misleiden door valselijk opgemaakte 'creditloonstroken' van de SVB en een screenshot van bij- en afschrijvingen van de bank aan hem te sturen. Volgens de zorgverzekeraar heeft zij frauduleus gehandeld om een financieel voordeel te verkrijgen. Om die reden heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd:
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden voor de duur van 4 jaren opgenomen in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden voor de duur van 4 jaren opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR);
 - de kosten van het onderzoek à € 532,-- worden op verzoekster verhaald.
- 2.4. Vervolgens heeft hierover communicatie plaatsgevonden tussen de zorgverzekeraar en verzoekster.
- 2.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing met betrekking tot de opgelegde maatregelen gevraagd. De zorgverzekeraar heeft hierop niet gereageerd. Nadat verzoekster SKGZ had benaderd, heeft SKGZ de zorgverzekeraar gevraagd om de bestreden beslissing alsnog te heroverwegen. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 23 januari 2025 aan SKGZ meegedeeld dat hij zonder bewijsstukken geen reden ziet tot heroverweging van zijn beslissing.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij geen fraude heeft gepleegd en dat de door de zorgverzekeraar bij brief van 30 juli 2024 opgelegde maatregelen daarom dienen te vervallen.
- 3.2. Verzoekster heeft in het klachtenformulier van 13 januari 2025 toegelicht dat verzekerde sinds juni 2023 een PGB vv ontvangt. Zij wilde de administratie hiervan regelen via de SVB. Dit verliep echter niet vlekkeloos. Zo heeft verzoekster zesmaal een zorgovereenkomst moeten toesturen, omdat er steeds iets niet klopte, bijvoorbeeld omdat zij een foutje had gemaakt bij de naam of het bedrag. Ook heeft de SVB haar een paar keer verkeerde informatie gegeven. De declaratie van augustus 2023 heeft zij eerst ingediend bij de SVB. Toen echter bleek dat de zorgovereenkomst niet in orde was, heeft zij de declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. De vergoeding is toen op haar rekening gestort en zij heeft deze vervolgens overgemaakt naar de zorgverlener. In november 2023 bleek echter dat het budget op was en kwam verzoekster erachter dat de vergoeding voor de nota van augustus 2023 wel door de SVB was uitbetaald op de rekening van de zorgverlener. Hierdoor kon zij over de periode van half november tot en met eind december 2023 geen zorgkosten meer declareren ten laste van het PGB vv. De

zorgverzekeraar wil het uitgekeerde bedrag terugvorderen, maar dat klopt volgens verzoekster niet. De dubbele declaratie is immers al op het PGB vv in mindering gebracht. Verzoekster heeft dus geen financieel voordeel behaald door deze fout. Hetzelfde geldt voor een dubbele declaratie van januari 2024.

Verder ontkent verzoekster dat zij vervalste loonstroken naar de zorgverzekeraar heeft gestuurd. Zij heeft immers niet tweemaal een vergoeding ontvangen.

- 3.3. Verzoekster heeft daarnaast een nota van ADHD Centraal ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Zij heeft heel lang contact gehad met de zorgaanbieder over de desbetreffende nota, omdat deze niet werd goedgekeurd door de zorgverzekeraar. Op verzoek van de zorgaanbieder heeft zij de nota meermaals ter declaratie ingediend. Dit was dus niet uit eigen beweging, zoals door de zorgverzekeraar is gesteld. Ook stelt de zorgverzekeraar ten onrechte dat verzoekster zelf contact met hem heeft opgenomen. Zij heeft steeds contact gehad met de zorgaanbieder, en de zorgverzekeraar heeft contact opgenomen met haar. Op verzoek van de zorgverzekeraar heeft verzoekster een screenshot van haar bij- en afschrijvingen toegestuurd. Daarop is de betaling van € 699,26 niet te zien. Na de reactie hierop van de zorgverzekeraar, heeft verzoekster contact opgenomen met haar bank, maar die kon haar niet verder helpen. Daarom heeft verzoekster de zorgverzekeraar gevraagd om het betalingskenmerk, zodat de bank de transactie kon opzoeken. De zorgverzekeraar heeft haar het betalingskenmerk echter niet gegeven.

Verzoekster licht voorts toe dat zij destijds haar naam heeft veranderd nadat zij slachtoffer was geworden van identiteitsfraude. Sinds deze naamsverandering gebeurt het vaker dat transacties niet of pas veel later zichtbaar zijn in haar bank-app. Dit komt volgens de bank doordat haar bankrekening is gekoppeld aan twee namen, en dit veroorzaakt een storing in het systeem. Daarom moet zij volgens de bank voor dit soort zaken altijd kijken naar de officiële afschriften. Die kloppen namelijk wel. Ook heeft de bank haar verteld dat de zorgverzekeraar het screenshot niet mag gebruiken als officieel bewijs. De zorgverzekeraar had haar moeten vragen om een origineel afschrift, maar heeft dit nooit gedaan. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verteld dat zij de transactie waarschijnlijk niet kon zien, omdat deze is verricht op haar oude naam. De zorgverzekeraar heeft haar tijdens het gesprek op 25 juli 2024 meegedeeld dat bij de overschrijving haar nieuwe naam is gebruikt. Dit kan volgens verzoekster niet, omdat op 30 oktober 2023 haar naam nog niet was aangepast bij de zorgverzekeraar.

- 3.4. Verzoekster heeft op 25 juli 2024 een gesprek via Teams gehad met twee medewerkers van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek is haar gevraagd om met gedeeld beeld in te loggen bij haar bank. Verzoekster heeft dit, mede gezien haar verleden met identiteitsfraude, geweigerd. Zij vindt het niet normaal dat haar is gevraagd anderen te laten meekijken bij het inloggen bij de bank, zeker niet als daar de bedreiging ‘maar alleen zo kun je je onschuld bewijzen’ bij komt.

Verzoekster voelde zich tijdens het gesprek geïntimideerd door één van de medewerkers. Zo is door hem meermaals gedreigd met het doen van aangifte. Verzoekster vindt dit een nogal kwalijke dreiging, omdat zij tijdens het gesprek hoogzwanger was en ook een gehandicapt zoontje heeft van op dat moment twee jaar oud. Verder is door de medewerker gezegd dat hij contact heeft opgenomen met de bank en de SVB. Dit klopt volgens verzoekster niet, omdat zowel de bank als de SVB haar heeft verteld dat dit niet is gebeurd. De medewerker vond ook haar naamswijziging verdacht. Verzoekster heeft hem uitgelegd dat dit te maken heeft met identiteitsfraude. Tijdens het gesprek is haar verteld dat zij haar onschuld alleen kan bewijzen door hem te laten meekijken bij het inloggen bij de bank. In de latere brief schrijft de zorgverzekeraar dat het ging om het inloggen bij de SVB, maar dit is volgens verzoekster een leugen. Daarnaast is zij ervan beschuldigd dat zij iets te verbergen heeft, omdat zij niet bij haar

thuis had willen afspreken voor dit gesprek. Verzoekster heeft toegelicht dat dit vanwege haar zwangerschap was en omdat zij haar zoontje de hele tijd in de gaten moest houden. De medewerker heeft toen op denigrerende toon gezegd: *“Ik kan ook wel even naast hem gaan zitten”*. Verzoekster vindt dat er lacherig wordt gedaan over de handicap van haar zoontje. Verder heeft de medewerker verklaard dat de reden voor de veronderstelde fraude financieel gewin zou zijn. Verzoekster heeft echter geen cent teveel ontvangen van de zorgverzekeraar en zij zou de zorg voor haar zoontje nooit om zo’n reden in gevaar brengen. De medewerker heeft hierop geantwoord dat haar zoontje misschien de zorg toch niet zo hard nodig heeft als verzoekster deed voorkomen. Verzoekster is dus beschuldigd van het liegen over de ernst van de handicap van haar zoontje. Toen zij de medewerker vroeg of zij haar zoontje dan moest laten zien, hoefde dat ineens niet meer.

3.5. Verzoekster heeft een jurist gevraagd haar bij te staan. Voornoemde medewerker heeft deze jurist gebeld en zich onbeschoft gedragen. Daarnaast wil de zorgverzekeraar niet reageren op zijn e-mailberichten. Ook niet nadat was afgesproken dat hij zou communiceren naar de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar zou antwoorden naar verzoekster. Op de ingediende klacht is door de zorgverzekeraar niet gereageerd.

3.6. Verzoekster heeft op 25 mei 2025 aanvullende stukken aan de commissie gezonden, waaronder de samenvattingen van twee telefoongesprekken die zij heeft gevoerd met haar bank en e-mailberichten van ADHD Centraal. Zij heeft hierbij vermeld dat zij deze ter zitting zou toelichten.

3.7. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de layout van een PDF kan verschillen, door bijvoorbeeld printinstellingen, of het programma waarin de PDF wordt geopend. Er is alleen een afwijking qua uitlijning, maar geen objectief bewijs van vervalsing. De nota van augustus 2023 is in eerste instantie afgewezen door de SVB. Om die reden heeft zij de declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Daarna heeft de SVB de declaratie alsnog goedgekeurd. Uiteindelijk is gebleken dat augustus 2023 dubbel is betaald. Zij heeft hiervan echter geen financieel voordeel gehad, want hierdoor kon zij een paar maanden niet declareren ten laste van het PGB vv. Verzoekster heeft benadrukt dat zij in eerste instantie niet op de hoogte was van de dubbele betaling. De SVB heeft het geld rechtstreeks overgemaakt naar de zorgverlener, dus daar heeft zij geen zicht op. De zorgverzekeraar betaalt de vergoeding wel aan verzoekster. Daardoor is de verwarring ontstaan. Er was dus sprake van administratieve verwarring en niet van fraude.

Tijdens een huisbezoek, rond januari 2024, heeft een medewerker van de afdeling PGB met haar meegekeken terwijl zij was ingelogd bij de bank, zowel op haar telefoon als op haar laptop. Daarbij bleek dat de bedragen op de app en de laptop niet overeenkwamen. Hierdoor leek het of minder was overgemaakt aan de zorgverlener. Verzoekster heeft de betreffende medewerker gevraagd of die dit wil bevestigen, maar deze bevestiging heeft zij nog niet gehad. Er is geen verklaring van de SVB of de bank overgelegd dat de betreffende stukken vals zouden zijn. Ook staat in de bestreden beslissing dat zij na de confrontatie vervalst bewijs heeft ingediend. Verzoekster heeft echter nooit inzage gehad in dit zogenoemde bewijs en kon zich hiertegen dus niet verdedigen.

Verzoekster benadrukt dat zij de zorg voor haar zoon nooit in gevaar zou brengen.

Het transcript dat zij heeft ingediend van haar gesprek met de bank betreft niet haar beleving daarvan. Zij heeft uitgetypt wat er is gezegd. Dit omdat zij geen mp4 kon maken van de gemaakte video-opnamen.

Het teveel ontvangen PGB vv is teruggevorderd én het is ingehouden op het budget. Dus er staat nu een rekening open van € 8000,--. Hiermee is zij dubbel gestraft.

Verzoekster merkt verder op dat eerder werd gesproken over ‘loonstroken’ en nu gaat het ineens over ‘creditloonstroken’. Dit is voor haar nieuwe informatie. Daarom heeft zij zich op dit punt niet kunnen verdedigen.

- 3.8. In haar brief van 13 juli 2025 heeft verzoekster haar eerdere standpunten deels herhaald dan wel nader toegelicht. Ook heeft zij gereageerd op punten die ter zitting door de zorgverzekeraar naar voren zijn gebracht. Op hetgeen in de brief van de zorgverzekeraar van 25 juni 2025 is vermeld, heeft zij niet gereageerd.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 30 juli 2024 gesteld dat verzoekster meerdere documenten valselijk heeft opgemaakt en bij hem heeft ingediend met het oog op het verkrijgen van financieel voordeel. Daarom heeft de zorgverzekeraar geconcludeerd dat verzoekster frauduleus heeft gehandeld. Hij heeft hiertoe het volgende aangevoerd. Verzoekster heeft op 14 juni 2024 creditloonstroken over de maanden augustus 2023 en januari 2024 ingestuurd, die afkomstig zouden zijn van de SVB. Hieruit zou moeten blijken dat de SVB-uitbetalingen aan verzoekster heeft gecrediteerd, omdat er volgens de gegevens van de zorgverzekeraar “dubbele declaraties” zijn gedaan (dus bij de SVB en de zorgverzekeraar). De zorgverzekeraar heeft daarom alle loonstroken met betrekking tot de budgethouder (verzekerde) over de jaren 2023 en 2024 opgevraagd bij de SVB. Hieruit is gebleken dat de door verzoekster toegestuurde loonstroken niet afkomstig zijn van de SVB. Tijdens een gesprek hierover via Teams heeft de zorgverzekeraar verzoekster gevraagd om hem te laten meekijken in de SVB-omgeving, maar hieraan wilde verzoekster niet meewerken.

De zorgverzekeraar stelt dat de originele loonstroken afwijken van de door verzoekster ingediende creditloonstroken. Daarom stelt de zorgverzekeraar vast dat verzoekster de door haar ingediende creditloonstroken valselijk heeft opgemaakt.

Daarnaast heeft verzoekster verschillende nota's van ADHD Centraal ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Zij heeft contact opgenomen met de zorgverzekeraar, omdat een nota van € 966,29 niet zou zijn vergoed. Om dit te onderbouwen heeft verzoekster een screenshot van de bij- en afschrijvingen van haar bank naar de zorgverzekeraar gestuurd. Hierop zijn verschillende uitbetaalde vergoedingen te zien. De vergoeding van het bedrag van € 966,29 ontbreekt echter. Volgens de gegevens van de zorgverzekeraar is voornoemd bedrag op 30 oktober 2023 overgemaakt naar het rekeningnummer van verzoekster. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat betalingen worden overgemaakt naar een IBAN-nummer en dat de tenaamstelling hierbij geen rol speelt. Daarnaast heeft hij van de betreffende bank een bevestiging ontvangen dat het bedrag is overgemaakt op het rekeningnummer van verzoekster. De zorgverzekeraar ziet verschuivingen in de naar hem gestuurde schermafbeelding. Daarom stelt hij vast dat verzoekster het rekeningafschrift valselijk heeft opgemaakt.

Volgens de zorgverzekeraar is sprake van verzwarende omstandigheden. Na confrontatie met het bewijs is verzoekster blijven ontkennen en heeft zij aanvullende documenten vervalst. De zorgverzekeraar heeft daarom besloten de persoonsgegevens van verzoekster op te nemen in zijn incidentenregister en het EVR, beide voor de duur van 4 jaren. Daarnaast worden de gemaakte onderzoekskosten van haar gevorderd.

- 4.2. In de brief van 15 april 2025, gericht aan de commissie, heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster dubbele declaraties heeft ingediend, namelijk bij hem en de SVB. Nadat verzoekster was gevraagd om alle declaraties en loonstroken, heeft zij slechts twee

creditloonsloten aangeleverd. Op deze creditloonsloten zijn verschillende contactgegevens verkeerd vermeld en ook in de lay-out zitten verschuivingen, die normaal gesproken nooit zouden voorkomen. Het minteken achter de bedragen staat te hoog en te dicht bij het bedrag. Er zijn twee loosloten aangemaakt voor verzoekster, terwijl dat normaal gesproken niet gebeurt of niet mogelijk is. De zorgverzekeraar is al langere tijd met verzoekster in gesprek, maar zij verstrekt de gevraagde informatie niet. Verzoekster geeft volgens de zorgverzekeraar telkens een andere verklaring voor de geconstateerde afwijkingen. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij de SVB niet specifiek heeft gevraagd of een ‘creditloonsloot’ er anders uitziet dan een ‘gewone loosloot’, en evenmin of de maanden augustus 2023 en januari 2024 door de SVB zijn gecrediteerd. Hij heeft door middel van een vorderingsverzoek de SVB gevraagd om toezending van alle loosloten over de jaren 2023 en 2024. Als er creditloonsloten aanwezig waren bij de SVB, zou de zorgverzekeraar deze naar aanleiding van zijn verzoek hebben ontvangen.

De zorgverzekeraar heeft ten aanzien van de nota van ADHD Centraal en het bankafschrift opgemerkt dat hij, naar aanleiding van een telefonisch contact op 25 juni 2024, op 2 juli 2024 een e-mailbericht naar verzoekster heeft gestuurd. Hierin is vermeld dat het bedrag van € 966,29 op 30 oktober 2023 aan haar is uitbetaald en dat uit de administratie van de zorgverzekeraar blijkt dat het ook daadwerkelijk is overgemaakt op het in de brief genoemde IBAN-nummer van verzoekster. Verder heeft de zorgverzekeraar vermeld dat hij de bank van verzoekster heeft gevraagd hoe een cliënt kan aantonen dat een bedrag niet is ontvangen op een IBAN-nummer. De bank heeft de zorgverzekeraar geantwoord dat de cliënt zelf een overzicht kan maken. De zorgverzekeraar heeft verzoekster daarom geadviseerd om haar bankgegevens te controleren en zo nodig contact op te nemen met de bank.

Ten aanzien van de bejegening stelt de zorgverzekeraar dat hij zich niet herkent in de klachten van verzoekster. Hij verwijst naar het gespreksverslag en de overige communicatie met verzoekster, die per e-mail heeft plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft reden om de identiteit van de door verzoekster ingeschakelde jurist in twijfel te trekken. Omdat het ongewenst is dat persoonsgegevens en gevoelige informatie worden gedeeld met derden, heeft de zorgverzekeraar de betrokken jurist gevraagd zich te legitimeren. Deze heeft verklaard niet op dit verzoek in te gaan en heeft de zorgverzekeraar gevraagd alle door hem gestelde vragen via het mailadres van verzoekster te beantwoorden. Dit heeft de zorgverzekeraar vervolgens gedaan.

Verder stelt de zorgverzekeraar dat nooit is gedreigd met het doen van aangifte. Verzoekster is door hem niet onder druk gezet om het gesprek bij haar thuis te laten plaatsvinden. Zij is uitgenodigd hiervoor naar het kantoor van de zorgverzekeraar te komen. Dit was voor haar echter niet haalbaar in verband met de reisafstand. Daarom heeft de zorgverzekeraar aangeboden om het gesprek bij verzoekster thuis te laten plaatsvinden. Verzoekster heeft hierop aangegeven dat dit niet haar voorkeur heeft. Het gesprek heeft vervolgens plaatsgevonden via beeldbellen.

Uit de communicatie blijkt dat de zorgverzekeraar verzoekster veelvuldig de kans heeft geboden om mee te werken aan het onderzoek en dat haar in dat kader niets ongebruikelijks is gevraagd. Op deze manier had verzoekster de gelegenheid om haar stellingen te onderbouwen.

Verzoekster is niet verzocht om haar scherm te delen tijdens het inloggen bij de bank. Uit het gespreksverslag blijkt dat haar de kans is geboden om de zorgverzekeraar te laten meekijken in de SVB-omgeving zodra zij was ingelogd. Er is haar ook aangeboden om het

rekeningoverzicht op haar telefoon te laten zien tijdens het beeldbellen. Verzoekster heeft medewerking echter geweigerd.

De zorgverzekeraar concludeert dat uit het verslag van het fraudeonderzoek, het gespreksverslag en de overige communicatie blijkt dat hij een volledig en grondig fraudeonderzoek heeft uitgevoerd. Uit dit onderzoek blijkt dat de SVB-loonstroken en het rekeningafschrift die door verzoekster bij de zorgverzekeraar zijn ingediend, valselijk zijn opgemaakt. Bijlagen 1 tot en met 5 bij het verslag van het fraudeonderzoek onderbouwen datgene wat de zorgverzekeraar over deze documenten beschrijft. Voorts heeft verzoekster meermaals de kans gehad om te reageren op de vragen van de zorgverzekeraar en om aan te tonen dat de bovengenoemde documenten niet valselijk zijn opgemaakt. Tijdens het Teams-gesprek is verzoekster gevraagd om via het scherm van haar computer, de SVB-omgeving te laten zien en via haar telefoonscherm het rekeningafschrift van de bank. Zij wilde hieraan niet meewerken. Verzoekster betwist de uitkomsten van het fraudeonderzoek van de zorgverzekeraar, maar heeft nagelaten om haar stellingen te onderbouwen. De zorgverzekeraar vraagt verzoekster alsnog medewerking te verlenen zodat kan worden gekeken naar een passende oplossing.

Daarnaar gevraagd, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van vier jaren heeft geregistreerd in het interne Incidentenregister.

- 4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verteld dat hij er niet op uit is om het PGB vv te beëindigen, omdat niet ter discussie staat dat de zoon van verzoekster zorg nodig heeft. Uit het onderzoek van de zorgverzekeraar blijkt echter duidelijk dat er verschillen zijn tussen de originele loonstroken van de SVB en de ter discussie staande loonstroken.

Bij de 'creditloonstroken' wijken de naam, het adres en de uitlijning af. Bovendien staat op de loonstroken van de SVB een uniek kenmerk: naast de naam, in een lichtere kleur. Op de door verzoekster ingestuurde 'creditloonstrook' staat exact hetzelfde nummer. Het kan niet dat de SVB voor een 'creditloonstrook' hetzelfde nummer heeft gebruikt als voor de loonstrook van dezelfde maand. De zorgverzekeraar heeft na de dubbele betaling van het PGB vv gezegd dat hij het bedrag terug wilde en daarna heeft verzoekster deze twee 'creditloonstroken' overgelegd. Daarna gevraagd heeft de zorgverzekeraar bevestigd dat de door verzoekster gestuurde 'creditloonstroken' nog niet ter beoordeling aan de SVB zijn voorgelegd, maar dat zou hij wel kunnen doen.

Daarnaar door de commissie gevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij het PGB-geld van augustus 2023 heeft teruggevorderd door middel van verrekening met het nog openstaande PGB vv.

Ten aanzien van de betaling van de nota van ADHD Centraal merkt de zorgverzekeraar op dat verzoekster via bankafschriften nog wat zou kunnen verduidelijken, maar zij geeft zelf aan dat zij die niet heeft ontvangen. De zorgverzekeraar heeft navraag gedaan bij de bank en hieruit bleek dat het geld destijds is overgemaakt op haar rekening. Dat er een verschil is tussen de bank-app en de daadwerkelijke overboeking klinkt de zorgverzekeraar niet waarschijnlijk. De door verzoekster overgelegde schermafbeelding is gemanipuleerd. Het gaat om de betaling van 30 oktober 2023. De zorgverzekeraar verwijst naar de uitlijning vanaf de betaling van 10 oktober 2023. Hierbij is een verspringing naar links te zien en het bedrag verspringt naar rechts. Er is iets tussenuit geknipt. Tijdens het gesprek is gezegd dat verzoekster de af- en bijschrijvingen kon tonen door in te loggen bij de bank. Kennelijk heeft verzoekster dit zo geïnterpreteerd dat de medewerkers wilden meekijken tijdens het inloggen, maar dat was niet de bedoeling.

De door verzoekster overgelegde transcriptie van het gesprek met de bank is geen transcriptie, maar een weergave van haar beleving van het gesprek.

Daarnaar door de commissie gevraagd, heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de persoonsgegevens maximaal 8 jaar mogen worden geregistreerd in de betreffende registers. De zorgverzekeraar vindt in dit geval 8 jaar niet proportioneel. Omdat verzoekster is blijven ontkennen, is de zorgverzekeraar gekomen tot 4 jaar opname. Desgevraagd, kan de zorgverzekeraar niet toelichten welke aanvullende documenten verzoekster na confrontatie heeft vervalst, zoals is vermeld in de brief van 30 juli 2024. Hij kan dit nog uitzoeken. Bij de vaststelling van de maatregelen is de maatregelenrichtlijn van ZN gevolgd. De onderzoekskosten zijn niet gespecificeerd, omdat dit een vast bedrag per onderzoek betreft. De zorgverzekeraar heeft verder toegelicht dat een medewerker destijds heeft gebeld naar de zogenaamde gemachtigde. Er werd opgenomen met “Hallo”. Hij heeft toen gevraagd met wie hij sprak. Hierop werd geantwoord: “Met [achternaam verzoekster]”. De medewerker heeft gezegd dat hij op zoek was naar [naam gemachtigde], waarop werd geantwoord: “ja, dat ben ik ook”.

- 4.4. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 25 juni 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat hij de twee ‘creditloonstroken’, die verzoekster bij hem heeft ingediend, door middel van een vorderingsverzoek heeft laten verifiëren bij de SVB. De SVB heeft verklaard niet te kunnen bevestigen dat deze ‘creditloonstroken’ door hem zijn aangemaakt en verzonden. Daarnaast heeft de SVB opgemerkt dat de ‘creditloonstroken’ afwijkend zijn van de door hem gestuurde loonstroken.

De zorgverzekeraar heeft verder toegelicht dat verzoekster de afdeling PGB Zvw op 14 juni 2024 een e-mailbericht heeft gestuurd, waarbij de ‘creditloonstroken’ waren gevoegd.

Daarnaast heeft de zorgverzekeraar een kopie meegestuurd van de maatregelenrichtlijn van ZN en de onderbouwing voor de registratie voor de duur van 4 jaren in het EVR.

Ten aanzien van de tekst “Na confrontatie met bewijs blijft u ontkennen en heeft u nog eens aanvullende documenten vervalst”, zoals vermeld in de brief van 30 juli 2024, licht de zorgverzekeraar toe dat met het tweede deel van de zin is bedoeld dat verzoekster in twee verschillende (en op zichzelf staande) kwesties valse documenten heeft aangeleverd. De zorgverzekeraar heeft dit meegewogen in zijn beslissing.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie zal eerst beoordelen of de zorgverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de door de zorgverzekeraar in dat kader getroffen maatregelen en de vordering van de onderzoekskosten. Tot slot wordt aandacht besteed aan de bejegeningklachten.

Veronderstelde fraude

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster heeft geprobeerd hem opzettelijk te misleiden door valselijk opgemaakte loonstroken van de SVB en een screenshot van de bij- en afschrijvingen van haar bank aan hem te sturen. Volgens de zorgverzekeraar zou sprake zijn van fraude in de zin van artikel A24 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.4. Op basis van die conclusie heeft de zorgverzekeraar bij brief van 30 juli 2024 een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals is vermeld onder 2.3. De maatregelen die de zorgverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in artikel A24 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Omdat fraude tevens een strafbaar feit oplevert kan hiervan aangifte worden gedaan, maar dit is in de situatie van verzoekster niet gebeurd.
- 6.5. De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de zorgverzekeraar terecht heeft gesteld dat verzoekster hem opzettelijk heeft misleid.
- 6.6. 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. 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 zorgverzekeraar hierin is geslaagd. Hiervoor is het volgende van belang.
- 6.7. Verzoekster treedt op als verzekeringnemer ten behoeve van verzekerde en beheert diens PGB vv. Zij wilde de administratie voor (een deel van) de zorg laten lopen via de SVB. Verzoekster heeft gesteld dat zij hierbij problemen ondervond, en dat zij daarom uiteindelijk heeft besloten de nota's voor de verleende zorg zelf bij de zorgverzekeraar ter declaratie in te dienen. Naar de commissie begrijpt heeft dit geleid tot een dubbele uitkering voor de maanden augustus 2023 en januari 2024, namelijk door de SVB rechtstreeks aan de zorgverlener, en door de zorgverzekeraar aan verzoekster, opdat zij de nota van de zorgverlener kon voldoen.
- 6.8. Verzoekster heeft, naar onweersproken is gesteld, op 14 juni 2024 de twee ter discussie staande (credit-)loonstroken van de SVB per e-mail aan de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar heeft enkele afwijkingen geconstateerd in onder andere de lay-out hiervan. Daarom heeft hij de loonstroken over 2023 en 2024 opgevraagd bij de SVB. Hij ontving hierop loonstroken, onder meer van de maanden augustus 2023 en januari 2024, maar niet de ter discussie staande (credit-)loonstroken over die maanden, die verzoekster naar hem had gestuurd.
De commissie stelt vast dat er enkele verschuivingen in de lay-out van de ter discussie staande loonstroken zichtbaar zijn. Ook is de naam van de zorgverlener verkeerd gespeld. Die constatering vormen inderdaad aanleiding om deze loonstroken nader te onderzoeken, zoals de zorgverzekeraar ook heeft gedaan. Verzoekster heeft, hoewel zij hiertoe voldoende in de gelegenheid is gesteld, geen plausibele verklaring kunnen geven voor de vastgestelde onregelmatigheden. Bovendien heeft de zorgverzekeraar na de hoorzitting, zoals met hem was afgesproken, de ter discussie staande loonstroken alsnog ter verificatie gestuurd naar de SVB. De SVB heeft bij e-mailbericht van 16 juni 2025 aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat hij niet kan bevestigen dat deze loonstroken door hem zijn aangemaakt en verzonden. Verzoekster heeft gesteld dat het voor haar nieuw was dat de loonstroken als 'credit

loonstroken' werden geduid. Deze term werd door de zorgverzekeraar echter al op 30 juni 2024 gebruikt. Het gebruik van een minteken voor de bedragen duidt daarbij op creditering. Alles overwegende concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar er in is geslaagd aan te tonen dat de desbetreffende loonstroken valselijk zijn opgemaakt met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden, en wel door het te doen voorkomen dat twee eerdere betalingen door de SVB waren gecrediteerd.

6.9. Daarnaast speelt met betrekking tot de veronderstelde fraude de kwestie rond de vergoeding van een nota van ADHD Centraal. Volgens verzoekster ondervond zij problemen bij het vergoed krijgen van deze nota. Zij stelt dat zij om die reden veel contact heeft gehad met de zorgaanbieder, en dat zij op diens aandringen de nota verschillende keren heeft gedeclareerd. Op enig moment heeft zij de zorgverzekeraar een overzicht van door hem overgemaakte bedragen gestuurd om aan te tonen dat nog geen vergoeding had plaatsgevonden. Volgens de zorgverzekeraar is de betreffende nota wél door hem vergoed en is voornoemd overzicht met betalingen, waarop het betreffende bedrag ontbreekt, valselijk opgemaakt om hem ertoe te bewegen de nota nogmaals te vergoeden.

6.10. De commissie stelt vast dat niet (meer) in geschil is dat de zorgverzekeraar de betreffende nota heeft vergoed aan verzoekster. Wat wel speelt is of verzoekster destijds kon weten of de betaling was verricht en of het door haar overgelegde screenshot van bij- en afschrijvingen van de bank is vervalst met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden.

6.11. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat zij in 2024 haar naam heeft gewijzigd vanwege identiteitsfraude en dat daarna niet alle betalingen goed zichtbaar waren via de app van haar bank. Verder heeft zij verklaard dat zij – op advies van de bank - de zorgverzekeraar heeft gevraagd om een betalingskenmerk, zodat gericht kon worden gezocht naar de betreffende betaling. De zorgverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat betaling geschiedt op een IBAN-nummer en dat de tenaamstelling van de rekening daarbij niet uitmaakt. Ook heeft hij bij de bank nagevraagd of het bedrag op de rekening van verzoekster was gestort en dit is hem door een medewerker van de afdeling Expertise Team Forensic Investigations van de bank bij e-mailbericht van 4 juli 2024 bevestigd.

De commissie overweegt dat de toelichting van verzoekster over de problemen met de app van de bank als gevolg van haar naamswijziging door haar niet met stukken is onderbouwd. Zij heeft in dit kader weliswaar een verslag van een gesprek met de bank overgelegd, maar hieruit blijkt niet met wie zij heeft gesproken en wanneer het gesprek heeft plaatsgevonden. Bovendien bevat het verslag deels een samenvatting dan wel interpretatie van het gesprek door verzoekster met slechts enkele citaten. Het is dus geen transcriptie van het gesprek. Het had op de weg van verzoekster gelegen voornoemd gesprek schriftelijk te laten bevestigen door de bank, zeker wat betreft de door haar gestelde problemen met de app als gevolg van haar naamswijziging.

Verzoekster heeft onweersproken gesteld dat zij de zorgverzekeraar heeft verzocht om een betalingskenmerk, maar dat hierop door de zorgverzekeraar niet is gereageerd. Dit leidt echter niet tot een verklaring voor het ontbreken van de betreffende vergoeding op het door haar overgelegde overzicht met betalingen.

Alles overwegende concludeert de commissie dat door de zorgverzekeraar is bewezen dat het door verzoekster overgelegde overzicht valselijk is opgemaakt met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden. Dat verzoekster inmiddels heeft erkend dat het bedrag destijds is vergoed door de zorgverzekeraar maakt het voorgaande niet anders.

6.12. De commissie concludeert dat verzoekster in meer dan een opzicht het opzet heeft gehad de zorgverzekeraar te misleiden. Hoewel zij daartoe in de gelegenheid is gesteld, heeft

verzoekster deze conclusie slechts met niet-onderbouwde standpunten betwist. Daarom mocht de zorgverzekeraar concluderen dat sprake is van fraude. Verzoekster had om die reden geen aanspraak op vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten.

Nu sprake is van fraude was de zorgverzekeraar, op grond van artikel A24 van de polisvoorwaarden, naast terugvordering van de uitgekeerde vergoedingen, gerechtigd maatregelen tegen verzoekster te treffen, te weten het opnemen van de gebeurtenis onderscheidenlijk de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

Hierna zal worden ingegaan op de terugvordering en de tegen verzoekster getroffen maatregelen.

Terugvordering

- 6.13. De zorgverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat hij het uitgekeerde PGB vv van augustus 2023 heeft teruggevorderd door middel van verrekening met het nog openstaande PGB vv. Dienaangaande overweegt de commissie dat vaststaat dat verzoekster de door haar gedeclareerde zorgkosten van augustus 2023 ten onrechte dubbel vergoed heeft gekregen ten laste van het PGB vv van verzekerde. Aangezien deze zorgkosten al via de SVB waren betaald, mocht de zorgverzekeraar het voor de betreffende maand door hem aan verzoekster betaalde PGB vv als onverschuldigd betaald van haar terugvorderen dan wel verrekenen met het nog openstaande PGB vv. Aangezien verzoekster zich over de hoogte van het aldus verrekenende bedrag niet heeft uitgelaten, zal de commissie dit verder laten rusten.

Registratie persoonsgegevens

- 6.14. De zorgverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van 4 jaren opgenomen in het interne Incidentenregister en eveneens voor de duur van 4 jaren in het EVR.

Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het interne 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 interne Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de persoonsgegevens heeft laten registreren in het EVR. 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.

De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI), waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De zorgverzekeraar is via zijn lidmaatschap van genoemde vereniging gebonden aan het PIFI.

De commissie zal hierna nagaan of opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister en het EVR terecht is geweest en zo ja, of deze maatregel, onder andere met het oog op de duur, ook proportioneel is.

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.

6.15. Gelet op hetgeen onder 6.12 is overwogen, is sprake van opzettelijke misleiding door verzoekster. Met het oog op het met de registratie beoogde doel is de opname van haar persoonsgegevens in het interne Incidentenregister en het EVR terecht. De zorgverzekeraar heeft ter zitting toegelicht dat persoonsgegevens gedurende maximaal 8 jaren mogen worden geregistreerd in de betreffende registers. De zorgverzekeraar vindt in dit geval 8 jaren niet proportioneel en is gekomen tot een termijn van 4 jaren. Bij zijn brief van 25 juni 2025 heeft de zorgverzekeraar verwezen naar de bij die brief gevoegde maatregelenchecklist en motivering. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de motivering voor de duur van de registratie aangegeven dat het gaat om twee verschillende (op zichzelf staande) kwesties waarin valse documenten zijn opgestuurd en voorts dat verzoekster na confrontatie met bewijs is blijven ontkennen. De commissie kan de zorgverzekeraar hierin volgen en ziet geen aanleiding om de duur van de registraties te matigen.

Verhaal onderzoekskosten

6.16. In artikel A24 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat in geval van opzettelijke misleiding de kosten van het onderzoek moeten worden betaald. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 532,-- bedragen, en heeft gesteld dat dit een vast bedrag is. Tevens heeft hij onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. Verzoekster heeft de hoogte van het bedrag niet, althans onvoldoende gemotiveerd, bestreden. Het bedrag komt de commissie daarnaast niet onredelijk voor en zij is dan ook van oordeel dat de zorgverzekeraar deze kosten van verzoekster mag vorderen.

Bejegening

6.17. Verzoekster heeft verder bezwaar gemaakt tegen het verzoek van de zorgverzekeraar om te mogen meekijken bij het inloggen bij haar bank. Volgens de zorgverzekeraar betrof het echter een verzoek om te mogen meekijken nadat verzoekster was ingelogd op de eigen omgeving van de SVB. Uit de transcriptie van het gesprek van 25 juli 2024 blijkt dat de zorgverzekeraar verzoekster heeft gevraagd hem te laten meekijken in de eigen omgeving van de SVB. Daarnaast blijkt dat verzoekster is verzocht om op haar telefoon in te loggen bij de bank en dat scherm – daarna - aan de zorgverzekeraar te laten zien. De commissie stelt vast dat uit de transcriptie niet valt op te maken dat verzoekster is gevraagd om de zorgverzekeraar te laten meekijken bij het inloggen bij de bank. Voor zover zij dit anders heeft ervaren, kan de commissie begrijpen dat verzoekster, ook gezien haar voorgeschiedenis met identiteitsfraude, terughoudend heeft gereageerd. Hetgeen verzoekster verder heeft gesteld over de bejegening tijdens het gesprek, moet de commissie voor kennisgeving aannemen.

6.18. De zorgverzekeraar heeft op enig moment niet meer willen communiceren met de door verzoekster ingeschakelde jurist, omdat hij twijfelt aan diens identiteit. De zorgverzekeraar

heeft de reden voor die twijfel ter zitting toegelicht. De commissie overweegt dat het aan verzoekster is of en door wie zij zich wil laten bijstaan, maar dat bij twijfel over de identiteit de zorgverzekeraar om nadere informatie mag vragen. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 15 april 2025 verklaard dat hij de betrokken jurist heeft gevraagd zich te legitimeren, maar dat deze dit heeft geweigerd. De zorgverzekeraar heeft in dit verband verder verklaard dat daarom de afspraak is gemaakt dat hij de vragen van de jurist per e-mail aan verzoekster zou beantwoorden. Uit de stukken in het dossier blijkt echter dat niet alle e-mailberichten van de jurist zijn beantwoord aan verzoekster en/of hem. Aan deze constatering zijn overigens geen consequenties verbonden.

6.19. Volgens verzoekster is door of namens haar op 20 november 2024 een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Hierop heeft zij geen reactie ontvangen. Nadat verzoekster SKGZ had benaderd, heeft SKGZ de zorgverzekeraar gevraagd zijn beslissing te heroverwegen. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 23 januari 2025, gericht aan SKGZ, meegedeeld dat hij zonder bewijsstukken geen reden ziet tot heroverweging van zijn beslissing.

6.20. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar de ontvangst van de klacht van verzoekster niet heeft bestreden, en dat hij, door daarop niet te reageren, heeft gehandeld in strijd met artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat immers dat de zorgverzekeraar de klacht in behandeling neemt en zal beantwoorden. Aan deze constatering zijn overigens geen consequenties verbonden.

Slotsom

6.21. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 augustus 2025,

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 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

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 1^e 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 doet aangifte en registreert uw gegevens. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.

A25 Gedragscode 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. Menzis gebruikt uw gegevens voor het uitvoeren van wettelijke verplichtingen en statistische analyses. Ook gebruikt Menzis uw persoonsgegevens om u te informeren over producten en diensten die voor u van betekenis kunnen zijn. Als u inzage wenst in uw gegevens of geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u ons dit schriftelijk laten weten. Meer informatie vindt u op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).
- Op verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Menzis houdt zich aan de regels van de Gedragscode. Materiële controle, het verwerken van medische gegevens en fraudeonderzoek worden verricht op de manier zoals in de Gedragscode is vastgelegd.
- 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 gegeven.
- Menzis neemt uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op. Uw zorgaanbieder, andere

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.