

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : Veronderstelde fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), melding bij Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering, terugvordering uitgekeerde vergoeding, vordering onderzoekskosten

Zaaknummer : 2009.02256
Zittingsdatum : 21 april 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 5 februari 2009 de aanvullende ziektekostenverzekering per 15 februari 2009 te beëindigen; de reeds uitgekeerde vergoeding voor verleende ziekenhuiszorg in Egypte ten bedrage van € 1.795,- terug te vorderen; het incident te melden bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist en het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars, en het incident gedurende vijf jaar intern te registreren voor de controle van toekomstige claims. Tevens worden de onderzoekskosten op verzoeker verhaald.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compactpolis en de Tand Compact polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft op 6 juni 2008 een nota ad 15.500 LE (€ 1.795,-) ingediend voor de aan hem verleende medische zorg tijdens zijn verblijf in Egypte. Op 16 juli 2008 is hem dit bedrag als vergoeding toegekend.
- 3.3. Op 5 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat hij, naar aanleiding van voornoemde nota, onderzoek heeft laten verrichten naar de rechtmatigheid van de ingediende declaratie. In deze brief wordt geconcludeerd dat de betreffende nota niet correct is. De uitgekeerde vergoeding is hierop teruggevorderd; de aanvullende ziektekostenverzekering is beëindigd per 15 februari 2009; de bij de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte (externe) onderzoekskosten zijn op verzoeker verhaald; de gegevens van verzoeker zijn opgenomen in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en de volledige personalia van verzoeker zijn

doorgegeven aan de Stichting CIS te Zeist en het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 20 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Verzoeker heeft hierop bij brief van 18 september 2009 gereageerd, waarop de ziektekostenverzekeraar hem op 8 oktober 2009 nogmaals heeft medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 22 oktober 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de terugvordering van de reeds uitgekeerde vergoeding intrekt; dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering herstelt; dat hij de gevorderde (externe) onderzoekskosten voor zijn rekening neemt, en dat hij verzoekers naam verwijderd uit zowel het interne incidentenregister als het register van de Stichting CIS en de registratie bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 april 2010 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij op 1 april 2008 betrokken is geweest bij een verkeersongeval in Caïro, Egypte. Hij is één dag opgenomen geweest in het Gamal Mousa Hospital te Caïro en daarna overgebracht naar het European Hospital in Shibeen el-Koum, waar hij op 7 april 2008 is ontslagen.
- 4.2. De bevindingen naar aanleiding van het onderzoek door de ziektekostenverzekeraar zijn niet correct. De betreffende arts en het betreffende ziekenhuis zijn op het op de nota vermelde adres gevestigd. Dr. Emam van het European Hospital heeft verklaard dat verzoeker, na in eerste instantie te zijn behandeld door dr. Gamal Mousa, opgenomen is geweest van 1 tot en met 7 april 2008 met ondermeer een gebroken arm en een gebroken been. Dr. Gamal Mousa heeft voorts verklaard verzoeker te hebben behandeld en dat deze daarvoor een bedrag ad 15.500 LE (€ 1.795,--) heeft betaald. Uit een verklaring van de administratie van het ziekenhuis blijkt dat verzoeker daar is behandeld en dat de rekening volledig is betaald.
- 4.3. Tevens heeft verzoeker verklaringen overgelegd van familie en vrienden, waarin wordt vermeld dat zij hem hebben bezocht tijdens de ziekenhuisopname. Het staat de

ziektelostenverzekeraar vrij voormelde informatie op waarheid na te trekken doch dat wordt geweigerd.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd, dat hij door het ongeval op 1 april 2008 zes dagen in coma heeft gelegen. Daarnaast had hij zijn rechterarm en -been gebroken. Hij is met zijn arm en been in het gips in Nederland teruggekomen. Korte tijd later is verzoeker weer naar Egypte gegaan en daar is het gips verwijderd. De kosten van de behandeling in Egypte in 2008 zijn vooraf betaald, hetgeen in Egypte gebruikelijk is. Het ziekenhuis van dr. Mousa is geen ziekenhuis zoals in Nederland gebruikelijk is, maar een kleine kliniek die gevestigd is in een appartement met vijf á zes kamers.
- 4.5. Verzoeker 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 uit het ter plaatse verrichte onderzoek is gebleken dat op het op de nota vermelde adres geen Gamal Mousa Hospital gevestigd is. In de brief van het onderzoeksbureau van 28 januari 2009 wordt vermeld dat een "dr. Mousa Gamal" is gelokaliseerd op ongeveer vijf kilometer van het adres dat op de nota is vermeld. Deze arts heeft verklaard dat hij geen ziekenhuis heeft, de handtekening op de nota niet van hem is, en het stempel evenmin. Uit de door de agent te plaatse vervaardigde en in de procedure overgelegde foto's blijkt dat geen ziekenhuis is gevestigd op het op de nota vermelde adres.
 - 5.2. Uit de aanvullende stukken maakt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker van 2 tot 7 april 2008 opgenomen is geweest in het European Hospital. Een aantal familieleden heeft dit bevestigd. Daaruit blijkt dat verzoeker in dezelfde tijd niet in het ziekenhuis van dr. Gamal Mousa opgenomen kan zijn geweest. Daarnaast zijn geen kosten betaald aan het European Hospital.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat via de alarmcentrale onderzoek is gedaan naar de ter declaratie ingediende nota. De conclusie van dit onderzoek luidt dat op het op de nota vermelde adres geen ziekenhuis is gevestigd. De agent die het onderzoek heeft verricht is op de hoogte van de plaatselijke situatie. Gezien het feit dat verzoeker korte tijd na zijn ontslag uit het ziekenhuis weer naar Nederland is vertrokken, mag verwacht worden dat hij verdere zorg in Nederland nodig zou hebben. Hiervan is echter niet gebleken. Evenmin is gebleken dat verzoeker nog andere medische kosten in Egypte heeft gemaakt. Op de gedeclareerde nota van dr. Mousa staat een ander adres vermeld dan in diens verklaring. Desgevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat op het eerste adres is gecontroleerd door de ingeschakelde agent en niet op beide. In het onderzoeksrapport wordt vermeld dat op het adres "een kleine privékliniek in een arme buurt ..." is gevestigd. De ziektekostenverzekeraar verklaart desgevraagd dat dit het eerste adres, vermeld op de nota, betreft. Naar dit adres (in Giza) heeft het onderzoek plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen onderzoek laten verrichten bij het European Hospital, omdat geen declaratie van het European Hospital is ingediend. Het is aan de verzekerde om duidelijkheid te verschaffen over de situatie.

5.4. 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 verzoeker fraude heeft gepleegd in de zin van de polisvoorwaarden en of de ziektekostenverzekeraar op die grond over mocht gaan tot het treffen van de onder 2 genoemde maatregelen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. De commissie overweegt dat eerst dient te worden vastgesteld of sprake is van fraude, zoals bedoeld in artikel 18 van de algemene bepalingen van de zorgverzekering. Dit artikel luidt:

“1 Indien de verzekeringnemer en/of verzekerde fraude pleegt, behoudt zorgverzekeraar zich het recht voor om eventuele reeds gedane uitkeringen en eventuele gemaakte onderzoekskosten terug te vorderen. Voorts wordt bij constatering van fraude de zorgverzekering en indien van toepassing de aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang beëindigd.

2 Bij constatering van fraude wordt er door de zorgverzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de verzekeringsmaatschappijen gangbare fraudesignaleringsstelsel.

3 Bij constatering van (mogelijke) fraude is de zorgverzekeraar gerechtigd om bij de zorgverlener nadere informatie op te vragen of onderzoek te doen.

(...)”

In artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen opgenomen. De definitie die gegeven wordt van het begrip “fraude” is:

“Het plegen of trachten te plegen of het doen plegen van valsheid in geschrifte, oplichting/bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en verduistering.”

8.2. Verder is in artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering geregeld dat de algemene voorwaarden van de hoofdverzekering integraal gelden voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“1 Toepasselijkheid Algemene Voorwaarden

1 De Algemene Voorwaarden van de [naam ziektekostenverzekeraar] hoofdverzekering (zie de begripsomschrijving aldaar) gelden integraal ook voor de [naam ziektekostenverzekeraar] aanvullende verzekeringen, inclusief de tandartsverzekeringen. (...)”

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 ondub-

belzinnig aan te tonen.

- 9.2. Bij de uitleg van artikel 18 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. In het licht van de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst kan de fraude, bedoeld in artikel 18 van de zorgverzekering, alleen betrekking hebben op de aanlevering van gegevens, hetzij door de verzekerde dan wel door de verzekeringnemer, noodzakelijk voor de beoordeling van het recht op uitkering door de ziektekostenverzekeraar. Genoemde bepaling vermeldt ook de sanctie in geval fraude wordt geconstateerd. Bedoelde 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. Gelet op voorgaande dient de in artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebezigde terminologie “*het plegen of trachten te plegen of het doen plegen van valsheid in geschrifte, oplichting/bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en verduistering*” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.4. Gelet op het vorenoverwogene dient de ziektekostenverzekeraar aan te tonen dat verzoeker met opzet een onjuiste nota heeft ingediend. Niet ter discussie staat dat verzoeker gedurende de periode van 2 tot en met 7 april 2008 opgenomen is geweest in het European Hospital te Shibeen el-Koum, Egypte. Evenmin staat ter discussie dat hiervoor kosten zijn gemaakt. Door het European Hospital zijn echter - separaat - geen kosten in rekening gebracht.
- 9.5. In de ongedateerde, vertaalde, verklaring van het European Hospital is vermeld dat verzoeker door dr. Gamal Mousa is doorverwezen naar het European Hospital, nadat hij hem gedurende de eerste zes uur na het ongeval heeft behandeld. Tevens is verklaard dat alle ziekenhuiskosten zijn betaald door verzoeker. De behandelend arts van het European Hospital heeft een gelijklopende verklaring afgelegd. Deze verklaringen zijn door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, zodat van de juistheid daarvan moet worden uitgegaan.
- 9.6. Verzoeker heeft verklaard dat de kosten van de behandeling door dr. Gamal Mousa en de opname en behandeling in het European Hospital in één nota zijn gefactureerd en dat zij de kosten onderling hebben verrekend. Deze verklaring wordt ondersteund door het feit dat het European Hospital geen separate factuur heeft uitgebracht. De zorgverzekeraar heeft deze stelling van verzoeker niet dan wel onvoldoende weersproken - naar de wijze van declareren en onderlinge verrekening is door de ziektekostenverzekeraar kennelijk geen onderzoek gedaan - zodat van de juistheid van die verklaring moet worden uitgegaan.
- 9.7. De stelling van de door de ziektekostenverzekeraar dat op voormelde locatie geen ziekenhuis is gevestigd wordt verworpen. Uit de – kwalitatief slechte - foto's blijkt niet op welke locatie deze genomen zijn, zodat niet is vast te stellen dat deze zijn genomen op het adres dat op de omstreden nota staat vermeld. Voorts heeft de ziektekos-

tenverzekeraar ter zitting verklaard dat het door de agent gestelde “een kleine privé-kliniek in een arme buurt ...” slaat op het op de nota vermelde adres.

- 9.8. De conclusie moet zijn dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft aangetoond dat sprake is van fraude zoals bedoeld in artikel 18 van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom ten onrechte de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd, de vergoeding van de ingediende nota is ten onrechte teruggevorderd, en de gegevens van verzoeker zijn ten onrechte opgenomen in het incidentenregister, het register van de Stichting CIS. Voorts is het incident ten onrechte gemeld bij het Bureau Justitiële Zaken van het Verbond van Verzekeraars en bestond er geen grond de onderzoekskosten op verzoeker te verhalen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen en dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter