

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202401001

Partijen

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

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A., en
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 13 mei 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 20 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 september 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoekster verbleef van 6 juni 2023 tot en met 9 juni 2023 in Turkije. Na terugkomst in Nederland heeft zij kosten voor medische zorg, genoten in Turkije, ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaratie afgewezen, omdat een nota ontbrak.
- 2.3. Verzoekster heeft vervolgens een nota d.d. 7 juni 2023 van de kliniek in Turkije aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan bij brief van 4 september 2023 afgewezen, omdat de nota onvoldoende is gespecificeerd. Op 20 september 2023 heeft verzoekster opnieuw een nota d.d. 7 juni 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, alsook enkele medische documenten.

- 2.4. De ziektekostenverzekeraar is vervolgens een onderzoek gestart naar de beide door verzoekster ter declaratie ingediende nota's. Hij heeft in dat verband enkele keren aanvullende informatie opgevraagd bij verzoekster. Verzoekster heeft hierop schriftelijk gereageerd.
- 2.5. Bij brief van 1 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoekster een declaratie heeft ingediend die niet waarheidsgetrouw is en dat zij opzettelijk heeft geprobeerd de ziektekostenverzekeraar te misleiden. De ziektekostenverzekeraar treft daarom de volgende maatregelen:
- de gedeclareerde kosten worden niet vergoed;
 - verzoekster moet de onderzoekskosten ten bedrage van € 250,- betalen;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar voor de duur van 8 jaren;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (hierna: het EVR) voor de duur van 4 jaren;
 - de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd.
- 2.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat er geen sprake is van fraude, dat zij geen onderzoekskosten hoeft te betalen aan de ziektekostenverzekeraar, en dat de ziektekostenverzekeraar de registratie van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR ongedaan moet maken. Verder heeft verzoekster aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de door haar in Turkije in 2023 gemaakte zorgkosten alsnog moet vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 14 oktober 2023, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat zij en haar dochter na het ongeluk de kosten deels hebben betaald van hun 'zakgeld'. Het resterende bedrag is gepind.

In haar brief van 19 januari 2024 heeft verzoekster toegelicht dat de kosten van het ambulancevervoer € 50,- bedroegen. Daarnaast werden er kosten ten bedrage van totaal € 500,- voor de medicatie en het personeel in de ambulance in rekening gebracht.

In haar brief van 31 januari 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoekster verklaard dat zij op 7 juni 2023, tijdens haar verblijf in Turkije, is gevallen. Zij is hierop met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Verzoekster begrijpt dat er verwarring is ontstaan, omdat zij om 14:44 uur is opgenomen in het ziekenhuis. Zij licht vervolgens toe: *"Mijn vermelding van de ambulance- en ziekenhuisopname heeft betrekking op het tijdstip waarop ik medische hulp heb gezocht en niet noodzakelijkerwijs de exacte opnametijd."* Ten aanzien van het moment van betaling merkt verzoekster op dat het in sommige ziekenhuizen in Turkije gebruikelijk is dat patiënten voorafgaand aan de behandeling een deel van de kosten betalen. Dit doet niet af aan de geldigheid van haar claim en is ingegeven door het beleid van het ziekenhuis. Wat betreft de verschillen tussen de twee ingediende nota's merkt verzoekster op dat de ambulancekosten op beide nota's correct zijn weergegeven. Mogelijke afwijkingen in de bedragen kunnen volgens verzoekster zijn te wijten aan variabele tarieven of extra diensten die op verschillende momenten zijn verleend.

- 3.3. Verzoekster heeft in het verzoek om heroverweging van 5 maart 2024 benadrukt dat zij niet naar Turkije is gereisd om aldaar een medische behandeling te ondergaan. Zij kreeg op 7 juni 2023 een ongeval, waardoor zij ernstige pijn opliep en als gevolg daarvan moest zij worden opgenomen in het ziekenhuis. Zij heeft het ziekenhuis voorafgaand aan de opname moeten betalen. Dit betekent

niet dat sprake was van planbare zorg. Dat de bedragen en specificaties op de twee door haar ingestuurde nota's verschillen, kan worden toegeschreven aan verschillende factoren zoals de lokale praktijken in Turkije en verschillen bij het omrekenen van de valuta. Het betekent dus niet dat haar declaratie onwaarheden bevat, aldus verzoekster.

- 3.4. Tijdens het intakegesprek op 11 juli 2024, dat bij brief van dezelfde datum door de commissie is bevestigd, heeft verzoekster, daarnaar gevraagd, het volgende meegedeeld. Verzoekster heeft destijds niet de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar gebeld om te melden dat zij werd opgenomen in het ziekenhuis. Zij is na terugkomst in Nederland niet bij een (huis)arts geweest voor controle of een vervolgbehandeling. Dit was volgens verzoekster niet nodig, omdat "het wel weer ging". De ziektekostenverzekeraar heeft zowel haar zorgverzekering als haar aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, bevestigd dat het beëindigen van haar verzekeringen niet meer in geschil is, omdat zij inmiddels elders is verzekerd tegen ziektekosten. Verder heeft zij benadrukt dat de onderhavige zorg niet gepland was, en dat deze noodzakelijk was nadat zij was gevallen. Verzoekster heeft toegelicht dat zij is behandeld in verband met pijn in haar rug, maar dat zij hiervoor niet is 'opengesneden'. Verzoekster heeft benadrukt dat zij het ziekenhuis heeft betaald nadat zij daar was aangekomen, maar voordat zij werd behandeld. Dit is gebruikelijk in Turkije. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar Google translate heeft gebruikt voor het vertalen van de informatie van de Turkse arts, in plaats van dit te laten doen door een beëdigd vertaler. Verzoekster heeft toegelicht dat zij weliswaar al eerder rugklachten had, maar zij is niet met een rolstoel naar het vliegtuig gebracht en bij aankomst met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft na onderzoek geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd met het declareren van kosten voor medische zorg die zij in Turkije heeft genoten. Hij heeft hiertoe het volgende aangevoerd. In zijn beslissing van 1 maart 2024 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat verzoekster op 11 juni 2023 € 5.000,- aan medisch kosten bij hem heeft gedeclareerd. Hierbij is vermeld dat de aanleiding van de geleverde zorg een val is geweest en dat de zorg niet was gepland. Aangezien de nota ontbrak, is de declaratie toen afgewezen. Vervolgens heeft verzoekster op 31 augustus 2023 een nota ter declaratie ingediend met betrekking tot voornoemde kosten. Deze is afgewezen, omdat de nota onvoldoende was gespecificeerd. Op 20 september 2023 heeft verzoekster nogmaals een nota met betrekking tot voornoemde zorg ter declaratie ingediend, en hierbij heeft zij een medisch verslag gevoegd. Wederom is hierbij vermeld dat het om een val ging en dat de zorg niet was gepland. Het totaalbedrag op de nota bedraagt echter € 5.005,-. Ook is het bedrag anders opgebouwd dan op de eerste ter declaratie ingediende nota. De post ambulancekosten bijvoorbeeld bedraagt nu € 50,- in plaats van € 500,-. En de kosten van "Fee for materials used in surgery" bedroegen eerder € 1.000,- en op de laatst ingediende nota € 250,-. Verder heeft verzoekster ten onrechte verklaard dat geen sprake was van geplande zorg. In het medisch verslag is namelijk vermeld dat verzoekster al langere tijd last had van rugpijn en dat zij naar Turkije is gegaan om aldaar te worden behandeld. Dit verklaart ook de korte verblijfsduur in dat land. Volgens de ziektekostenverzekeraar toont het verblijf van vier dagen aan dat verzoekster doelbewust naar Turkije is gegaan om daar medisch te worden behandeld. Dit wordt tevens bevestigd doordat verzoekster reeds vóór aanvang van de opname betalingen aan het ziekenhuis heeft verricht. De eerste betaling vond plaats op 7 juni 2023 om 11:26 uur, terwijl zij om 14:44 uur is opgenomen. Gezien deze betalingen acht de ziektekostenverzekeraar het ongeloofwaardig dat verzoekster, in verband met een val, per ambulance op een brancard naar de spoedeisende hulp is gebracht. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat gelet op het tijdsverloop tussen de eerste betaling en het moment van opname geen sprake kan zijn

geweest van een levensbedreigende situatie. Bovendien heeft verzoekster een PRP-behandeling (Plaatjes Rijke Plasma) ondergaan. Deze behandeling wordt gebruikt bij chronische pijn en niet bij levensbedreigende situaties.

Gezien het bovenstaande heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 12, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering de onder 2.4 genoemde maatregelen opgelegd aan verzoekster.

- 4.2. In de heroverweging van 6 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling op het bovenstaande, toegelicht dat verzoekster verantwoordelijk is voor de juistheid van de gedeclareerde nota's, omdat zij degene is die deze heeft ingediend. Het indienen van een incorrecte declaratie kan daarom aan haar worden toegerekend. De ziektekostenverzekeraar benadrukt nogmaals dat verzoekster 3 uren en 18 minuten voorafgaand aan de opname heeft betaald voor de verstrekte zorg. Verzoekster verwijst in dit verband naar de lokale procedures, maar volgens de ziektekostenverzekeraar ontbreekt een aannemelijke onderbouwing hiervoor. Ten aanzien van de verklaring van verzoekster met betrekking tot de verschillen in de gefactureerde kosten van de ambulance merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij deze ontoereikend acht, omdat op beide nota's is vermeld dat het de 'ambulance fee' betreft. Bovendien bedragen de kosten van 'Fee for materials used in surgery' op de nota die op 31 augustus 2023 is ingediend € 1.000,- en op de nota die op 20 september 2023 is ingediend € 250,-. Er kan dan ook geen andere conclusie zijn dan dat de gedeclareerde nota's niet waarheidsgetrouw zijn. Verder heeft de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat er geen relatie is tussen het gebruik van PRP en een val. Dit middel wordt vaak gebruikt bij chronische pijn, in dit geval rugpijn, waarbij lichaamseigen cellen worden 'schoongemaakt' en weer worden ingespoten. Dit is geen verzekerde zorg en kan niet worden beschouwd als spoedzorg.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij - hoewel hij hiernaar wel heeft gevraagd - van verzoekster geen afdoende verklaring heeft ontvangen voor het tijdsverschil tussen de betaling en de opname. Evenmin heeft verzoekster toegelicht hoe een en ander is verlopen rond de door haar gestelde val. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de betaling overigens heeft plaatsgevonden aan een winkel in orthopedische middelen. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts toegelicht dat bij het indienen van een declaratie een vragenlijst moet worden ingevuld. Hierin wordt onder andere gevraagd of de betreffende zorg gepland was. Verzoekster heeft hierbij tweemaal verklaard dat de zorg niet was gepland. Hieruit blijkt het opzet, aldus de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast is sprake van financieel gewin. Bij spoedzorg worden de kosten 100% vergoed en de zorg hoeft niet vooraf te worden aangevraagd. Bij planbare zorg moet betrokkene deze vooraf aanvragen en wordt maximaal het Nederlandse tarief vergoed. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de gevorderde onderzoekskosten naar een vast tarief zijn vastgesteld dat door hem wordt gehanteerd. De werkelijke kosten zijn hoger. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd toegelicht dat de samenspanning, die een rol speelt bij de weging van de te nemen maatregelen, blijkt uit het volgende. Er was geen sprake van spoedeisende zorg. De behandelend arts heeft in de documenten verklaard dat het een levensbedreigende situatie betrof, maar de PRP-behandeling wordt alleen gegeven bij chronische pijn. Daarnaast zijn er twee nota's overgelegd waarbij de tarieven zijn aangepast. Daarnaast door de commissie gevraagd, kon de ziektekostenverzekeraar ter zitting niet verklaren wat het gevolg voor de getroffen maatregelen zou zijn in het geval de samenspanning niet zou meetellen, omdat hierbij meerdere factoren een rol spelen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de verzekeringsvoorwaarden 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 ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen, de vordering van de onderzoekskosten, en de afwijzing van de declaratie.

Veronderstelde fraude

- 6.3. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd de door verzoekster ingediende nota te vergoeden, omdat sprake zou zijn van fraude in de zin van de artikelen 11 van de voorwaarden van de zorgverzekering en 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin zijn ook maatregelen opgenomen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude.

De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster hem opzettelijk heeft misleid.

- 6.4. 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 ziektekostenverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.
- 6.5. Uit het dossier valt af te leiden dat verzoekster op 11 juni 2023 € 5.000,- aan medische kosten heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft hierbij geen nota gevoegd. Wel heeft zij een medische verklaring meegestuurd. Uit de vertaling die door de ziektekostenverzekeraar is opgenomen in het onderzoeksverslag blijkt dat hierin is vermeld dat sprake was van een 'accidentele val' waarna verzoekster met de ambulance naar het ziekenhuis is gebracht. En dat verzoekster is ontslagen nadat het 'levensrisico' was weggenomen. Tevens blijkt uit de verklaring dat verzoekster een bedrag van € 5.000,- heeft moeten betalen. De nota, gedateerd op 7 juni 2023, die verzoekster vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd, vermeldt inderdaad een totaalbedrag van € 5.000,-. De kosten zijn hierbij summier gespecificeerd. Nadat vergoeding van voornoemde nota door de ziektekostenverzekeraar was geweigerd, heeft verzoekster een tweede, meer uitgebreide nota van het ziekenhuis overgelegd. Deze nota is eveneens gedateerd op 7 juni 2023, maar vermeldt als totaalbedrag € 5.005,-. De nota is weliswaar meer gespecificeerd, maar bepaalde bedragen wijken duidelijk af van die in de eerder overgelegde nota, zoals ten aanzien van de 'Fee for materials used in surgery', 'Doctor's Fee, Nurse Care Fee' en het vervoer per ambulance. Daarnaast zijn er verschillen in lay-out en is in het ene stuk sprake van 'euro' en in het andere van '€'. De verklaring die verzoekster hiervoor heeft gegeven, namelijk dat de vermelde kosten op de tweede nota nader zijn gespecificeerd, is voor de commissie niet navolgbaar. Wat in dit verband opvalt, zoals ook door de ziektekostenverzekeraar is opgemerkt, is een verschil in het totaalbedrag van € 5,-. Verzoekster heeft voor dit verschil geen verklaring gegeven.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat verzoekster ten onrechte heeft gesteld dat de kosten betrekking hebben op zorg na een ongeval en dus op niet planbare zorg. In het door verzoekster op 11 juni 2023 ingediende medische verslag is vermeld - aldus de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde vertaling - dat een PRP-behandeling heeft plaatsgevonden. Hierbij is bloedplaatjesrijk plasma of zijn stamcellen ingebracht in een gewricht, spier of pees. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een PRP-behandeling vaak wordt gebruikt bij bestrijding van chronische pijn en geen relatie heeft met een spoedeisende behandeling. Deze verklaring is door verzoekster niet gemotiveerd weersproken. Wel heeft zij erkend dat er destijds al rugklachten aanwezig waren. Gezien het bovenstaande acht de commissie het niet aannemelijk dat ten tijde van de zorgverlening sprake was van een spoedeisende situatie.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat enkele uren voorafgaand aan de opname reeds betalingen zijn verricht aan het ziekenhuis. Verzoekster heeft in dit verband verklaard dat het in Turkije gebruikelijk is voorafgaand aan een opname of behandeling (een deel van) de kosten te betalen. Uit het door verzoekster overgelegde medische verslag blijkt dat zij op 7 juni 2023 om 14:44 uur is opgenomen. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde betaalbewijzen - die door hem bij verzoekster zijn opgevraagd - blijkt echter dat de eerste betaling heeft plaatsgevonden op 7 juni 2023 om 11:26 uur. De commissie overweegt dat het niet aannemelijk is dat bij een spoedopname, waarbij iemand per ambulance naar het ziekenhuis moet worden gebracht, ruim 3 uren voorafgaand aan die opname reeds betalingen voor de desbetreffende opname worden verricht. Voor de suggestie van verzoekster dat de vermelde opnametijd niet zou kloppen ontbreekt elke onderbouwing.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de betaling is verricht aan een orthopedische winkel. Dit is door verzoekster niet weersproken. Dit strookt niet met de stelling van verzoekster dat sprake was van spoedeisende zorg na een val.

Verder is op beide door verzoekster overgelegde nota's vermeld dat een operatie heeft plaatsgevonden. En volgens het overgelegde medische verslag zou sprake zijn geweest van een 'levensrisico'. Verzoekster heeft op 11 juli 2024, tijdens het intakegesprek, echter verklaard dat zij na terugkomst in Nederland niet bij een (huis)arts is geweest voor een controle of vervolgbehandeling. De commissie acht het niet aannemelijk dat iemand na een uitgevoerde operatie, waarbij sprake was van een levensbedreigende situatie, niet minimaal voor controle naar een (huis)arts gaat. Dit te meer nu verzoekster zeer kort in Turkije is verbleven, zodat de nazorg ter plaatse maar beperkt kan zijn geweest.

- 6.7. Alles overwegende concludeert de commissie dat verzoekster het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Hoewel zij daartoe in de gelegenheid is gesteld, heeft verzoekster deze conclusie slechts met standpunten, maar niet met feiten betwist. Ook heeft zij op diverse vragen niet bevredigend geantwoord. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar nog gesteld dat sprake is van financieel gewin, omdat voor vergoeding van planbare zorg voorafgaand een aanvraag moet worden ingediend, en voor spoedzorg dit vereiste niet geldt, terwijl de kosten voor 100% worden vergoed in plaats van op basis van het Nederlandse tarief. Dit alles is door verzoekster niet gemotiveerd weersproken. Daarom mocht de ziektekostenverzekeraar concluderen dat sprake is van fraude.

Nu sprake is van fraude was de ziektekostenverzekeraar in beginsel ook gerechtigd maatregelen tegen verzoekster te treffen, te weten het opnemen van de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, het beëindigen van haar verzekeringen, en het op haar verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

Hierna zal worden ingegaan op de tegen verzoekster getroffen maatregelen. Het beëindigen van de verzekeringen van verzoekster is niet in geschil, en blijft om die reden onbesproken.

Registratie persoonsgegevens

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Incidentenregister en 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 ziektekostenverzekeraar 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.

Gelet op hetgeen hiervoor 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 Incidentenregister en het EVR terecht. Waar het gaat om de proportionaliteit overweegt de commissie als volgt. Uit het dossier is gebleken dat voor de ziektekostenverzekeraar de door hem gestelde samenspanning zwaar heeft meegewogen voor de vaststelling van de maatregelen, te weten voor 5 punten van totaal 13 punten. De ziektekostenverzekeraar heeft eerder niet aan verzoekster meegedeeld dat zijns inziens sprake was van samenspanning, en hij heeft pas ter zitting, daarnaar expliciet door de commissie gevraagd, toegelicht waarom hij die mening is toegedaan. De commissie overweegt dat de verstrekte toelichting onvoldoende is om de gestelde samenspanning aan te tonen. Daarnaast kon de ziektekostenverzekeraar ter zitting onvoldoende duidelijk maken wat het gevolg van het wegvallen van de samenspanning voor de opgelegde maatregelen zou zijn. De commissie stelt daarom de duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR in goede justitie vast op 2 jaren. De commissie ziet daarentegen - waar het gaat om de proportionaliteit - vanwege de omvang van de fraude, de opstelling van verzoekster in de onderzoeksfase, en de beperkte externe werking, geen aanleiding de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister voor de duur van 8 jaren te matigen.

Verhaal onderzoekskosten

- 6.9. Nu is geconcludeerd dat sprake is geweest van opzettelijke misleiding, heeft verzoekster onrechtmatig gehandeld jegens de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel 6:162 BW dient verzoekster de hierdoor ontstane schade te vergoeden. Daarnaast is in de artikelen 11 van de voorwaarden van de zorgverzekering en 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft € 250,- aan onderzoekskosten doorberekend aan verzoekster. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij voor consumenten een vast tarief hanteert voor de onderzoekskosten. De werkelijke onderzoekskosten zijn hoger. Verzoekster heeft de berekening niet, althans onvoldoende gemotiveerd, bestreden. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten bij verzoekster in rekening mocht brengen. De commissie ziet geen aanleiding het bedrag te matigen.

Vergoeding nota

- 6.10. De commissie stelt vast dat onder de gegeven omstandigheden geen grond bestaat de ziektekostenverzekeraar te verplichten de ter declaratie ingediende nota te vergoeden, zoals door verzoekster is verzocht.

Entreegeld

- 6.11. De duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster moet worden teruggebracht tot 2 jaren. Daarom ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,- aan haar moet vergoeden.

Slotsom

- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR moet worden teruggebracht naar 2 jaren;
 - (ii) voor het overige wordt het verzoek afgewezen;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 11 februari 2025,

J.W. Heringa

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

EIGEN RISICO

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die alle verzekerden van 18 jaar of ouder zelf moeten betalen tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Zodra u het eigen risico helemaal heeft betaald, heeft u recht op (vergoeding van) zorg volgens de polisvoorwaarden. Elke verzekerde heeft een wettelijk vastgesteld verplicht eigen risico. Daarnaast kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage.

Het eigen risico en de eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

ERGOTHERAPEUT

Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De ergotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- EN EER-STAAT

De EU-staten (Europese Unie) zijn: België, Bulgarije, Zuid-Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn alle EU-staten en Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

FARMACEUTISCHE ZORG

De levering van geneesmiddelen en dieetpreparaten die zijn opgenomen in het 'Besluit zorgverzekering' en die zijn geleverd door een erkend en geregistreerd apotheker of apotheekhoudend huisarts. Tot de zorg behoort ook het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel ter hand stelt. Hierbij moet rekening gehouden worden met de nadere voorwaarden die DSW Zorgverzekeraar heeft opgenomen in het Reglement Farmacie.

FRAUDE

Het bij de totstandkoming en/of uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat en/of het verkrijgen van een verzekeringsdekking.

FYSIOTHERAPEUT

Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of stichting Keurmerk Fysiotherapie.

GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE

Advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedrag met als doel een gezondere leefstijl voor de patiënt. De toegepaste interventie moet bewezen effectief zijn en als zodanig zijn opgenomen in het register 'Loket Gezond Leven' van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Artikel 6 Andere momenten van beëindiging van de zorgverzekering

LID 1 ALGEMEEN

Uw zorgverzekering kan eindigen:

- in situaties waarin de wet dit heeft bepaald (zie lid 2 van dit artikel);
- als u onrechtmatig verzekerd bent (zie lid 3 van dit artikel);
- als u onrechtmatig handelt (zie lid 4 van dit artikel).

LID 2 SITUATIES WAARIN DE WET DE BEËINDIGING HEEFT BEPAALD

De Zorgverzekeringswet bepaalt dat de zorgverzekering eindigt met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- a. onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- b. ons werkgebied (dit is het gebied waar wij de zorgverzekering aanbieden) verandert en de verzekerde daardoor buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- c. een op uw polis genoemde verzekerde overlijdt. Wij moeten binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht;
- d. u niet meer verzekeringsplichtig bent of een op uw polis genoemde verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is conform de Zorgverzekeringswet. De verzekeringnemer moet ons dit zo snel mogelijk laten weten;
- e. u of een op uw polis genoemde verzekerde als militair in werkelijke dienst gaat. De verzekeringnemer moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen zullen wij u zo snel mogelijk op de hoogte stellen dat de zorgverzekering is beëindigd onder vermelding van de reden van de beëindiging en de beëindigingsdatum.

LID 3 ONRECHTMATIGE INSCHRIJVING

Als u een zorgverzekering bij ons heeft afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht heeft, beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment dat u deze bij ons heeft gesloten. Wij verrekenen de betaalde premie met de zorg die wij voor u hebben vergoed. Indien van toepassing, betalen wij u het verschil terug of brengen het verschil bij u in rekening.

LID 4 ONRECHTMATIG HANDELEN

Onder bepaalde omstandigheden zouden wij, als deze omstandigheden eerder bekend waren geweest, geen zorgverzekering hebben gesloten. Deze omstandigheden doen zich voor als een verzekerde zich tegenover ons schuldig maakt aan een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij kunnen in die situaties zowel de aanvullende zorgverzekering als de zorgverzekering binnen twee maanden na ontdekking per direct beëindigen. Tevens is de verzekerde aansprakelijk voor onze (onderzoeks)kosten.

Artikel 11 Overige voorwaarden

LID 1 RECHT OP ANDERE ZORG DAN IN VOORWAARDEN OMSCHREVEN

In de artikelen 15 tot en met 43 van deze polisvoorwaarden staat voor welke zorg u 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 terechtkomt in een andere klasse dan de aldaar geldende laagste klasse, vergoeden wij aan u maximaal het tarief van de laagste klasse.

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

U heeft uitsluitend 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.

Met betrekking tot een declaratie van een DBC of zorgproduct, gaan wij uit van de startdatum (openingsdatum) van de DBC of zorgproduct.

LID 4 REGISTRATIE VAN PERSOONSgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij u om uw persoonsgegevens. 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. Dit privacy statement is tevens van toepassing op uw zorgverzekering.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Algemene Verordening Gegevensbescherming 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 FRAUDE

U bent verplicht ons alle relevante en juiste informatie te geven. Geeft u (of uw zorgverlener) ons een verkeerde voorstelling van zaken, valse of misleidende stukken of doet u (of uw zorgverlener) een onware opgave met betrekking tot uw rechtstreekse (of via uw zorgverlener) ingediende declaratie of heeft u (of uw zorgverlener) anderszins gehandeld met het opzet ons te benadelen dan kwalificeren wij dat als fraude.

Als wij vermoeden dat sprake is van fraude zullen wij daartoe een onderzoek (laten) instellen. Gedurende dit onderzoek gaan wij niet over tot uitbetaling van uw declaratie(s). Als wij na onderzoek van oordeel zijn dat daadwerkelijk sprake is van fraude 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 geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
- b. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;
- c. kunnen wij de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen en zullen wij in dat geval gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten;
- d. zullen wij intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij de politie.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u of uw zorgverlener de genoemde handelingen uitvoert. Wij behouden ons het recht voor om in voorkomende gevallen ook derde partijen (waaronder de zorgverlener) aan te spreken op door ons ten onrechte uitgekeerde bedragen.

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.

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

AANMELDINGSFORMULIER

Het papieren of digitale formulier waarmee de Verzekeringnemer zich aanmeldt voor de Verzekering.

AANVULLENDE VERZEKERING

Een ziektekostenverzekering van Verzekeraar ter aanvulling van de Zorgverzekering.

ALGEMENE VOORWAARDEN

Deze Algemene Voorwaarden.

ARTS

Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig staat ingeschreven in het BIG-register en bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde, dan wel een in het buitenland gevestigde arts die volgens de aldaar geldende wet- en regelgeving bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde.

FRAUDE

Een doen of nalaten met het opzet Verzekeraar te bewegen een overeenkomst aan te gaan of een uitkering te doen die hij anders niet, niet onder dezelfde voorwaarden of niet in dezelfde omvang zou hebben gesloten of gedaan.

FYSIOTHERAPEUT

Degene die als fysiotherapeut gevestigd is in Nederland, geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

HAPTOTHERAPEUT

Degene die als haptotherapeut gevestigd is in Nederland en geregistreerd staat in het Register van Haptotherapeuten van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH).

HUIDTHERAPEUT

Degene die zich huidtherapeut mag noemen volgens het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en gevestigd is in Nederland. De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

HUISARTS

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

MANUEEL THERAPEUT

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als manueel therapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapeuten.

MEDISCHE NOODZAAK

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen, dit ter beoordeling door de Verzekeraar.

- LID 6** Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan de hiervoor vermelde verplichtingen komen aanspraken op vergoeding te vervallen dan wel worden reeds gedane betalingen teruggevorderd; een en ander ter beoordeling van de Verzekeraar.
- LID 7** Mededelingen en toezeggingen door de Verzekeraar binden de Verzekeraar uitsluitend, indien deze schriftelijk zijn gedaan.

ARTIKEL 7 FRAUDE

De Verzekeringnemer en verzekerden zijn verplicht de Verzekeraar alle relevante en juiste informatie te geven. Indien zij een verkeerde voorstelling van zaken geven, valse of misleidende stukken overleggen of een onware opgave doen met betrekking tot de ingediende declaratie of anderszins hebben gehandeld met het opzet de Verzekeraar 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. zal de Verzekeraar een onderzoek (laten) instellen om het vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek gaat de Verzekeraar niet over tot uitbetaling van de vergoeding van de declaratie(s);
- c. vordert de Verzekeraar reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de Fraude terug;
- d. heeft de Verzekeraar bij vastgestelde Fraude en/of misleiding het recht de Verzekering met onmiddellijke ingang te beëindigen;
- e. zal de Verzekeraar de vastgestelde Fraude intern registreren en - indien proportioneel - inschrijven in het Extern Verwijzingsregister en aangifte doen bij Justitie;
- f. zal de Verzekeraar gedurende vijf jaar geen nieuwe Zorgverzekering en/of Verzekering met de Verzekeringnemer sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als een derde namens de Verzekerde of Verzekeringnemer de genoemde handelingen uitvoert.

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.