

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202402183

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 2 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 22 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 mei 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 juli 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Op 29 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 juli 2025 aan verzoekster gezonden. Bij brief van 4 augustus 2025 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 6 augustus 2025 ter kennisneming aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in de periode 2020 tot en met 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus en Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Zij trad tevens op als verzekeringnemer voor haar zoon.
- 2.2. Verzoekster heeft in de periode 2020 tot en met 2024 bij de ziektekostenverzekeraar declaraties ingediend voor vervoer ten behoeve van haar zoon, ten bedrage van totaal € 3.006,34. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een gedeeltelijke vergoeding verleend, namelijk tot een bedrag van € 2.635,46.
- 2.3. In zijn brief van 7 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar de ingediende declaraties van vervoerskosten. Hierbij heeft

hij verzoekster de gelegenheid geboden te reageren. Bij brief van 21 augustus 2024 heeft verzoekster gereageerd.

- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 september 2024 aan verzoekster meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat zij fraude heeft gepleegd. In dat verband zijn aan haar de volgende maatregelen opgelegd:
- het uitgekeerde bedrag van € 2.635,46 wordt bij verzoekster teruggevorderd;
 - de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster (en haar op dezelfde polis verzekerde gezinsleden) worden met ingang van 1 oktober 2024 beëindigd;
 - verzoekster mag in de komende vijf jaren geen zorgverzekering bij het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort afsluiten;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar, voor de duur van acht jaren na afronding van het fraudeonderzoek;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Interne Verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar (hierna: IVR), voor de duur van acht jaren na afronding van het fraudeonderzoek;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar tot 7 augustus 2032;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR) tot 7 augustus 2028;
 - de onderzoekskosten ten bedrage van € 990,-- worden in rekening gebracht.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 november 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 de ziektekostenverzekeraar (1) ten onrechte heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude, (2) gehouden is haar persoonsgegevens te verwijderen uit het EVR, en (3) de reeds betaalde onderzoekskosten van € 990,-- aan haar moet restitueren.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte niet is ingegaan op haar persoonlijke omstandigheden en door haar ervaren overmachtssituaties. De ziektekostenverzekeraar heeft, zonder hiernaar verder onderzoek te verrichten, geconcludeerd dat sprake is van fraude en zware maatregelen aan haar opgelegd. Door alleen op de bewijsstukken in te gaan, heeft de ziektekostenverzekeraar gehandeld in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel.
- 3.3. Verzoekster heeft toegelicht dat haar zoon van zijn vierde tot zijn achttiende levensjaar onder behandeling is geweest bij een logopedist. In de laatste vier jaren zijn complicaties opgetreden. Dit heeft bij haar voor stress gezorgd. Mogelijk is de administratie hierdoor niet op orde geweest en zijn de declaratieformulieren niet goed ingevuld. Volgens verzoekster heeft zij (het vervoer naar) de logopediebehandelingen van haar zoon op de automatische piloot gedeclareerd. Dit is weliswaar niet correct, maar zij heeft nooit de bedoeling gehad om fraude te plegen. Dit zit namelijk niet in haar aard. Gedurende haar werkzame leven heeft zij al 25 jaar te maken met screenings. Verzoekster is de afgelopen 25 jaar geen gevaar geweest voor de samenleving en zal dit ook nooit worden. Daarmee brengt zij immers haar baan, haar toekomst en die van haar kinderen in gevaar.

Verder heeft verzoekster verklaard dat ook naar Rotterdam is gereisd vanwege losse draadjes of andere ongemakken als onderdeel van een orthodontietraject. Hiervan is geen melding gemaakt in het patiëntendossier, omdat deze horen bij een andere behandeling.

- 3.4. De persoonsgegevens van verzoekster zijn ten onrechte opgenomen in het EVR. Bij een dergelijke maatregel moeten het zorgvuldigheidsbeginsel en de redelijkheid en billijkheid in acht worden genomen. Er moet rekening worden gehouden met persoonlijke belangen. Opname in het EVR mag geen disproportionele gevolgen hebben. In het geval van verzoekster is hiervan echter wel sprake. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk, als gesteld, zonder nader onderzoek en zonder in te gaan op de persoonlijke omstandigheden van verzoekster en door haar ervaren overmachtssituaties besloten haar persoonsgegevens op te nemen in het EVR voor de duur van vier jaren. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar het handelen van verzoekster gekwalificeerd als ware het een strafbaar feit. Dit lijkt op een rechterlijke beslissing. Deze maatregel kan verzoekster mogelijk haar baan kosten, omdat regelmatig screenings worden uitgevoerd door een inlichtingendienst, die toegang heeft tot alle systemen. Verzoekster heeft hierbij aangevoerd dat de feiten die leiden tot registratie in het EVR onomstotelijk moeten zijn vastgesteld. Zonder verder onderzoek kan geen sprake zijn van een zorgvuldige afweging van belangen en zijn er aannames gedaan. Ook bij heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar disproportioneel gehandeld. Hij heeft alleen gewezen op de handelwijze van verzoekster.
- 3.5. Verder heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte onderzoekskosten ten bedrage van € 990,-- in rekening heeft gebracht. Blijkens de brief van 27 november 2024 van de ziektekostenverzekeraar heeft hij, na zijn beslissing op 17 september 2024, geen nader onderzoek uitgevoerd. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar kosten berekend voor onderzoek dat is uitgevoerd op 25 september 2024. Verzoekster heeft hierbij opgemerkt dat de nota voor de onderzoekskosten van 27 september 2024 is gericht aan haar zoon.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat de brief van 27 september 2024 over de onderzoekskosten aan haar zoon is gestuurd. Verzoekster antwoordt desgevraagd dat zij de onderzoekskosten heeft voldaan. Zij is het daar echter niet mee eens. In de brief van 27 september 2024 wordt een onderzoeksperiode van 25 september 2024 tot en met 25 september 2024 genoemd, maar dit is na de besluitvorming. De beslissing is immers al genomen op 17 september 2024. Dit is juridisch onjuist. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar geen verder onderzoek heeft gedaan. Er zijn stukken opgevraagd, maar er is geen enkel contact geweest met de zorgaanbieders. Er is ook niet ingegaan op haar kant van het verhaal. Voor het berekenen van de duur van de registratie heeft de ziektekostenverzekeraar gebruik gemaakt van interne regelgeving en een eigen lijst. Waar in het proces het opzet te misleiden is vastgesteld is niet duidelijk. Verzoekster heeft telkens uitgelegd dat het niet haar bedoeling is geweest om iets verkeerd te doen. Zo is zij niet, en zo kan zij ook niet zijn gezien haar werk. Aan haar werk is de hoogste screening verbonden. Frauderen kan verzoekster zich niet veroorloven. Zij heeft nog nooit iets verkeerd gedaan in haar leven.
Verzoekster heeft toegelicht dat haar zoon is geboren met een dubbelzijdige schisis. Vanaf zijn geboorte gaat hij al naar het ziekenhuis. Van zijn negende tot zeventiende levensjaar werd hij behandeld door een orthodontist. Hij ging regelmatig naar het ziekenhuis. Ook voor incidentele handelingen, bijvoorbeeld als er een draadje van zijn beugel loszat, voor screenings voorafgaand aan een operatie of voor bloedonderzoek. Hiervoor worden geen afspraken geregistreerd. De gedeclareerde ritten hebben daadwerkelijk plaatsgevonden, met uitzondering van de ritten naar de logopedie. Haar zoon heeft jarenlang in een logopedietraject gezeten, maar er is een aantal keer niet goed gedeclareerd. Na veertien jaar logopedie gaat het declareren van vervoer door haar op de automatische piloot. De afsprakenkaart van het ziekenhuis is overgelegd. Hierop staan alle geplande afspraken. Dit zijn waarschijnlijk de afspraken die ook worden gedeclareerd. Naast deze geplande afspraken zijn er ook veel momenten geweest waarop haar zoon voor kleine dingen naar het ziekenhuis is geweest. Hiervoor worden geen afspraken ingepland en deze

bezoeken staan dus niet op de afsprakenkaart. Er worden ook geen bevestigingsmails van gestuurd.

Desgevraagd heeft verzoekster de door haar genoemde overmachtssituaties toegelicht. Het ging om afspraken op 26 januari 2022 en 10 januari 2024. Toen zij op 26 januari 2022 onderweg was naar het ziekenhuis, werd zij gebeld met de mededeling dat haar dochter coronaklachten had. Verzoekster heeft daarop contact opgenomen met het ziekenhuis en haar werd gezegd dat zij niet kon langskomen. De afspraak op 10 januari 2024 werd afgezegd door het ziekenhuis, omdat de arts ziek was. Op dat moment was verzoekster al onderweg. Deze ritten komen voor rekening van de ziektekostenverzekeraar, omdat de reis al was gestart met het doel zorg af te nemen. Dat deze zorg achteraf niet is geleverd, doet hier niet aan af. Deze afspraken zijn later van de afsprakenkaart gehaald. Eerst stonden deze er wel op. Er is geen contact opgenomen met de logopedist over de data. Alle informatie staat in het patiëntendossier. Ook het behandelplan staat daarin. Dit geldt tevens voor de operaties en de agenda. In het patiëntendossier zijn de afspraken zichtbaar die hebben plaatsgevonden, maar niet de afspraken die zijn verplaatst of vervallen.

Door de ziektekostenverzekeraar is op geen enkele manier ingegaan op hogere regelgeving, zoals de algemene beginselen van behoorlijk bestuur of het evenredigheidsbeginsel, zoals vastgelegd in artikel 3:4 van de Algemene wet bestuursrecht. Ook is de ziektekostenverzekeraar niet ingegaan op de argumenten over het werk van verzoekster.

De afstand tussen het woonadres van verzoekster en het ziekenhuis is aanzienlijk. Zonder file duurt de rit een klein uurtje. Het kon echter niet anders. De zoon van verzoekster wordt behandeld in het kader van bijzondere tandheelkunde vanwege zijn aandoening. Er is gevraagd of de kleine handelingen door een orthodontist in de buurt mochten worden uitgevoerd, maar dit werd niet toegestaan. Het ziekenhuis wilde de gehele behandeling in eigen beheer houden. Verzoekster reed niet ongevraagd naar het ziekenhuis. Zij belde van tevoren om te vragen of het uitkwam. Er is ook naar het ziekenhuis gereisd voor andere behandelingen. Soms waren er screenings of bloedonderzoeken nodig.

Verzoekster heeft nog opgemerkt dat geen hoor- en wederhoor heeft plaatsgevonden. Er is namelijk geen gesprek geweest. Er zijn haar alleen schriftelijke vragen gesteld.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat sprake is van fraude. Hij heeft hiertoe in zijn brieven van 7 augustus 2024 en 17 september 2024, gericht aan verzoekster, toegelicht dat verzoekster in de periode 2020 tot en met 2024 onrechtmatige declaraties heeft ingediend. Zij heeft 24 vervoersritten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd voor afspraken waarvoor geen fysieke aanwezigheid nodig was. Het ging telkens om telefonische of digitale afspraken. Dit heeft verzoekster ook bevestigd in haar e-mailbericht van 11 september 2024. Daarnaast heeft verzoekster op 49 dagen vervoer gedeclareerd terwijl er op die dagen geen enkele zorg heeft plaatsgevonden.

De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster maatregelen opgelegd. Hij heeft hierbij verwezen naar artikel A.6. van de verzekeringsvoorwaarden.

- 4.2. In zijn brief van 27 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster laten weten dat zij voldoende gelegenheid heeft gehad om te reageren op de uitkomsten van het fraudeonderzoek. Hiervan heeft zij ook gebruik gemaakt. Als nader onderzoek nodig was geweest, had verzoekster nogmaals de gelegenheid gekregen te reageren. Dit was echter niet aan de orde.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het EVR is bedoeld om betrokken partijen binnen de financiële sector inzicht te geven in gevallen van fraude. Dit geldt als preventieve maatregel om te voorkomen dat zulke handelingen in de toekomst opnieuw plaatsvinden. De registratie in het EVR heeft tot doel de veiligheid en integriteit van de financiële transacties te waarborgen. Instellingen zoals banken en verzekeringsmaatschappijen kunnen dit register

raadplegen om risico's te beoordelen en zo nodig gepaste maatregelen te nemen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat het hem niet bekend is dat de werkgever van verzoekster toegang heeft tot het EVR.

Voor een registratie in het EVR geldt een standaardtermijn van acht jaren. Gelet op de hoogte van het bedrag en het feit dat verzoekster heeft meegewerkt aan het onderzoek, is deze termijn neerwaarts bijgesteld naar vier jaren.

Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de registratie in het EVR grote gevolgen kan hebben voor verzoekster, en dit haar werk kan beïnvloeden omdat haar werkgever extra strenge screenings uitvoert, ziet hij hierin geen reden voor verdere aanpassing van de termijn of verwijdering van de registratie. De registratie in het EVR is het directe gevolg van het handelen van verzoekster. Zij had kunnen weten dat fraude ernstige consequenties kan hebben. Met het plegen van de fraude heeft verzoekster het risico van deze consequenties, eventueel ook voor haar werk, aanvaard. Hiermee had verzoekster zelf rekening moeten houden.

Ook het feit dat de gevolgen van opname van de persoonsgegevens in het EVR voor verzoekster mogelijk groter zijn dan voor anderen, kan niet leiden tot een verkorting van de termijn van de registratie. Dit zou namelijk betekenen dat, ondanks dat fraude is vastgesteld, verzoekster niet dezelfde gevolgen zou dragen als anderen die in dezelfde positie verkeren, maar die een andere baan hebben. Verzoekster komt er dan beter vanaf dan anderen. Tevens zouden andere organisaties met haar in zee kunnen gaan, zonder dat zij worden gewaarschuwd. Het effect van de registratie komt daarmee te vervallen.

- 4.3. In zijn reactie van 22 mei 2025 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een arrest van de Hoge Raad van 17 juni 2022 (ECLI:NL:HR:2022:874) over onderzoekskosten. Op grond van artikel 6:96 BW komt als vermogensschade mede voor vergoeding in aanmerking de redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade, redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid, en redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte. Daarbij heeft de Hoge Raad overwogen dat *“ook interne kosten (...), voor zover zij redelijk zijn, voor vergoeding in aanmerking (kunnen) komen. Dat de kosten zien op reguliere werktijd van de medewerkers van de benadeelde maakt dit niet anders.”*

Verzoekster heeft ten onrechte gesteld dat het onderzoek op één dag is verricht, namelijk op 25 september 2024, en dat het onderzoek bovendien pas heeft plaatsgevonden ná de beslissing. De ziektekostenverzekeraar licht in dit verband toe dat hij op 7 augustus 2024 een brief aan verzoekster heeft gestuurd met de mededeling dat een onderzoek is gestart naar de ingediende vervoersdeclaraties. Het onderzoek is afgerond op 17 september 2024, op welke datum de ziektekostenverzekeraar een brief aan verzoekster heeft gestuurd met de bevindingen uit het onderzoek. Uit deze brief blijkt welke declaraties zijn onderzocht en welke (aanvullende) informatie bij dat onderzoek is betrokken. Het onderzoek heeft in totaal vijftien uren in beslag genomen.

In de brief van 27 november 2024 is opgemerkt dat geen nader onderzoek heeft plaatsgevonden nadat het verzoek om heroverweging werd ontvangen. Deze opmerking heeft dus betrekking op de heroverwegingsfase en niet op de primaire onderzoeksfase. De tijd die is besteed aan de heroverweging is niet als (bijkomende) vermogensschade opgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft enkel de tijd die in de primaire onderzoeksfase aan de kwestie is besteed als zodanig aangemerkt.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het onderzoeksrapport spreekt over 24 dagen en 49 dagen en niet over 24 en 49 ritten. Hij gaat ervan uit dat er op die dagen heen- en terugritten zijn gedeclareerd. Er is enige onduidelijkheid ontstaan over de duur van het onderzoek. In augustus 2024 is aan verzoekster meegedeeld dat een onderzoek in het kader van fraude is gestart. Bij de eindbeslissing, die medio september 2024 is gegeven, is meegedeeld dat aan het onderzoek vijftien uren zijn besteed. Voor die vijftien uren worden kosten in rekening gebracht. Er heeft dus wel degelijk onderzoek plaatsgevonden. Er is contact geweest met verzoekster, hoor- en wederhoor is toegepast, en er is haar ruimte geboden om dingen aan te

vullen. Dit is ook gebeurd. De ziektekostenverzekeraar is er van uitgegaan dat daarbij alle beschikbare informatie is overgelegd. Dit alles valt onder de handelingen waarvoor onderzoekskosten zijn gemaakt. Het primaire onderzoek is uitgevoerd in de periode van 7 augustus 2024 tot 17 september 2024. Mogelijk is er ook na 17 september 2024 nog onderzoek gedaan, namelijk in het kader van de heroverweging, maar hierop zien de gevorderde kosten niet. Ook voor de door verzoekster genoemde overmachtssituaties moet worden aangetoond dat er een afspraak gepland stond. Er is volgens verzoekster een afspraak gemaakt, die is bevestigd, en vervolgens verplaatst. Dit alles zou aantoonbaar moeten zijn. Om bijzondere omstandigheden te kunnen meenemen in de beoordeling, moet hierover wel informatie worden aangeleverd en dat is niet gebeurd.

Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar een privaatrechtelijke rechtspersoon is. Dat hij een publiekrechtelijke regeling uitvoert, maakt niet dat de algemene beginselen van behoorlijk bestuur op hem van toepassing zijn. Dit neemt niet weg dat er in geval van een vermoeden van fraude gedegen onderzoek moet worden gedaan, hetgeen ook is gebeurd. Uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen volgt dat een registratie voor de termijn van acht jaren kan worden opgelegd als fraude wordt vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft gebruik gemaakt van de maatregelenrichtlijn die is vastgesteld in ZN-verband. Deze richtlijn is in het leven geroepen om het proces van vaststellen van maatregelen transparanter te maken. Hierin is ook ruimte opgenomen voor de omstandigheden van het geval. De ziektekostenverzekeraar is uiteindelijk gekomen tot elf punten op grond waarvan tot de opgelegde maatregelen kan worden besloten. In de maatregelenrichtlijn is ruimte om rekening te houden met verzachtende omstandigheden. De ziektekostenverzekeraar heeft er begrip voor dat verzoekster is geconfronteerd met een medische en lastige situatie, maar feit blijft dat er op vele dagen vervoerskosten zijn gedeclareerd, zonder dat er op die dagen zorg werd genoten. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om een incident. Er is te veel gedeclareerd om te kunnen stellen dat het een vergissing betreft. Het gaat om het structureel indienen van foute declaraties. Dit vormt een integriteitsrisico. De ziektekostenverzekeraar vindt het belangrijk dat andere financiële instellingen op de hoogte zijn van dit risico. Het handelen van verzoekster was frauduleus en dat moet worden geregistreerd. Er is rekening gehouden met haar persoonlijke omstandigheden en daarom is voor de duur van vier jaren geregistreerd.

- 4.5. Bij brief van 29 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het begrijpelijk is dat zijn brief van 27 september 2024 bij verzoekster voor verwarring heeft gezorgd. Deze brief is verkeerd geadresseerd en er staat een verkeerde onderzoeksperiode in genoemd. De datum van 25 september 2024 is per abuis is opgenomen. De werkelijke onderzoeksperiode liep van 7 augustus 2024 tot 17 september 2024. Ten aanzien van de onderzoekskosten heeft de ziektekostenverzekeraar verder toegelicht dat deze, blijkens een intern bericht van 24 september 2024, bij verzoekster moesten worden gevorderd, en niet bij haar zoon, omdat zij verantwoordelijk is voor de fraude en is geregistreerd als belangenbehartiger van haar zoon. Beide vergissingen zijn helaas niet opgemerkt. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor deze onzorgvuldigheid.

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 A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar een aan verzoekster ten laste van de zorgverzekering uitgekeerd bedrag voor vervoerskosten terugvordert, omdat sprake zou zijn van fraude in de zin van artikel A.6.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in dat kader een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals deze zijn vermeld onder het kopje 'Wat zijn de gevolgen?' van de beslissing van 17 september 2024. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in de artikelen A.6. en A.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.3. 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 in dat kader getroffen maatregelen, voor zover althans door verzoekster bestreden, te weten de opname van haar persoonsgegevens in het EVR en het op haar verhalen van de onderzoekskosten.

Veronderstelde fraude

- 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.

Artikel A15 van de polisvoorwaarden luidt in dit verband als volgt:

“U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- *Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);*
- *U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;*
- *U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;*
- *Wij registreren u in ons incidentenregister;*
- *Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;*
- *Wij doen aangifte bij de politie;*
- *Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.”*

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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster, in haar hoedanigheid van verzekeringnemer, kosten van vervoer ten behoeve van haar zoon heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en deze gedeeltelijk vergoed heeft gekregen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat op 24 dagen ritten zijn gedeclareerd voor afspraken waarvoor geen fysieke aanwezigheid nodig was, omdat het ging om telefonische of digitale afspraken. Daarnaast is op 49 dagen vervoer gedeclareerd terwijl er op die dagen geen enkele zorg heeft plaatsgevonden. Ten aanzien van de

24 dagen waarop ritten zijn gedeclareerd naar de logopedie geldt dat verzoekster niet heeft betwist dat zij ritten heeft gedeclareerd, terwijl deze niet hebben plaatsgevonden. Verzoekster heeft in dit verband enkel gesteld dat zij deze declaraties op de automatische piloot zou hebben ingediend. De door verzoekster gegeven uitleg doet er niet aan af dat zij ritten heeft gedeclareerd die niet hebben plaatsgevonden, waarmee zij de ziektekostenverzekeraar heeft misleid met de bedoeling ten onrechte betaling door de ziektekostenverzekeraar te verkrijgen.

Wat betreft de andere 49 dagen waarop vervoer is gedeclareerd geldt dat zij geen bewijs heeft aangedragen van haar stelling dat het vervoer op deze dagen verband hield met bezoeken aan de orthodontist of het ziekenhuis zonder afspraak. Ook de twee door verzoekster genoemde 'overmachtssituaties' op 26 januari 2022 en 10 januari 2024 heeft zij niet aannemelijk kunnen maken. Er zijn geen bewijsstukken overgelegd en haar stelling dat de eerder gemaakte afspraken nadien bleken te zijn verdwenen overtuigt niet. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn conclusie dat verzoekster declaraties heeft ingediend voor vervoer op 49 dagen zonder dat is gebleken dat op die dagen zorg heeft plaatsgevonden, waarmee verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft misleid met de bedoeling ten onrechte betaling van hem te verkrijgen.

- 6.6. De commissie overweegt verder dat de stelling van verzoekster dat het onderzoek niet zorgvuldig is uitgevoerd en dat onvoldoende hoor en wederhoor is gepleegd geen doel treft. Uit het dossier blijkt dat verzoekster met de bevindingen naar aanleiding van het onderzoek is geconfronteerd en dat zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op dat moment heeft zij van 20 afspraken bewijsstukken verstrekt die door de ziektekostenverzekeraar in het onderzoek zijn betrokken. Dat geen gesprek heeft plaatsgevonden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar, maakt niet dat geen sprake is van hoor en wederhoor. Zoals hiervoor is vastgesteld, heeft verzoekster geen bewijs geleverd van fysieke contacten in het kader van logopedie met zorgverleners op de 24 dagen waarop ritten plaatsvonden en evenmin van behandelingen op de andere 49 dagen waarvoor vervoerskosten werden gedeclareerd. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar geen rekening gehouden met haar persoonlijke omstandigheden, zoals stress vanwege complicaties, waardoor de administratie niet goed werd bijgehouden. Dit argument overtuigt niet, nu verzoekster kennelijk wel in staat was onjuiste vervoersdeclaraties bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Naar het oordeel van de commissie is de ziektekostenverzekeraar er aldus in geslaagd concrete feiten en omstandigheden aannemelijk te maken waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet is gebleken. Dit betekent dat verzoekster de vooropgezette bedoeling heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Verzoekster is er niet in geslaagd deze conclusie te ontzenuwen, zodat sprake is van fraude als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De stelling van verzoekster dat het niet in haar aard zit om fraude te plegen, maakt deze feitelijke constatering niet anders. Het voorgaande leidt ertoe dat het eerste onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.

Registratie in het EVR

- 6.7. De conclusie dat sprake is van fraude leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel A15 van de polisvoorwaarden gerechtigd was maatregelen aan verzoekster op te leggen. In dat verband heeft hij haar persoonsgegevens voor de duur van acht jaren opgenomen in het Incidentenregister, het IVR en de Gebeurtenissenadministratie. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het EVR voor de duur van vier jaren. De commissie stelt vast dat verzoekster alleen is opgekomen tegen de registratie in het EVR, zodat zij uitsluitend die maatregel zal toetsen. De commissie overweegt met betrekking daartoe als volgt.
- 6.8. De eisen voor registratie in 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 overweegt dat voor een registratie in het EVR geldt dat hierbij de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit in acht moeten worden genomen. Hierbij moet een afweging worden gemaakt tussen enerzijds het belang van de registratie en anderzijds de mogelijk nadelige gevolgen voor betrokkene. De afweging betreft zowel de registratie zelf (subsidiariteit) als de duur hiervan (proportionaliteit). De commissie zal hierna nagaan of opname van de persoonsgegevens van verzoekster in EVR terecht is geweest en zo ja, of deze maatregel, onder andere met het oog op de duur, ook proportioneel is.

- 6.9. Verzoekster heeft onder meer aangevoerd dat de feiten die leiden tot registratie in het EVR onomstotelijk moeten zijn vastgesteld. De commissie volgt haar hierin niet. 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.
- 6.10. Gelet op hetgeen onder 6.5. 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 EVR terecht. Hiermee is voldaan aan het beginsel van subsidiariteit. Waar het gaat om het beginsel van proportionaliteit volgt de commissie de ziektekostenverzekeraar niet als deze stelt dat een registratie voor de duur van 8 jaren de standaard is. Genoemde termijn is een maximumtermijn van registratie. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel de persoonsgegevens van verzoekster niet voor de maximumtermijn opgenomen in het EVR, maar een afweging gemaakt waarbij hij enerzijds heeft betrokken het samenstel van de omvang van de fraude, de frequentie en de duur, en het kennelijke gebrek aan inzicht in de ernst van het handelen bij verzoekster, en anderzijds de hoogte van het bedrag en het feit dat verzoekster heeft meegewerkt aan het onderzoek. Op basis van deze afweging heeft hij geconcludeerd dat opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR voor de duur van 4 jaren proportioneel is. De commissie kan dit volgen. Dat verzoekster – overigens ongeacht de duur – mogelijk nadeel ondervindt van de registratie in het EVR is een omstandigheid die voor haar rekening en risico komt. Zij had met die eventuele consequentie immers zelf rekening kunnen – en naar het oordeel van de commissie ook moeten – houden. De verwijzing door verzoekster, in dit verband, naar de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en artikel 3:4 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) treft geen doel. De ziektekostenverzekeraar is geen bestuursorgaan in de zin van genoemde wet en er is ook geen sprake van een besluit als bedoeld in de Awb, waartegen de mogelijkheden van bezwaar en beroep open staan. Hiervoor is door de commissie getoetst aan het toepasselijke privaatrechtelijke kader. Gelet op het voorgaande wordt ook het tweede onderdeel van het verzoek afgewezen.

Onderzoekskosten

- 6.11. In artikel A.15. van de polisvoorwaarden is bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. Voor de omvang van de vermogensschade zijn artikel 6:96 BW en de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde jurisprudentie van de Hoge Raad bepalend. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 990,-- bedragen. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar dit bedrag ten onrechte in rekening gebracht, omdat hij na 17 september 2024 geen verder onderzoek heeft verricht en hij desondanks onderzoekskosten van 25 september 2024 heeft berekend. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de onderzoeksperiode liep van 7 augustus 2024 tot en met 17 september 2024 en dat in die periode vijftien uren aan werkzaamheden zijn verricht. Het bedrag van € 990,- ziet uitsluitend hierop. Voorts heeft hij verklaard dat de datum van 25 september 2024 abusievelijk is

genoemd in de brief van 27 september 2024. Voor een onderbouwing van de uitgevoerde werkzaamheden heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn brief van 17 september 2024. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg, die strookt met de stukken en overigens door verzoekster niet gemotiveerd is weersproken, is de commissie van oordeel dat als vaststaand moet worden aangenomen dat de onderzoekskosten uitsluitend het primaire onderzoek betreffen – dat wil zeggen niet het eventuele onderzoek naar aanleiding van het verzoek om heroverweging – dat de kosten in redelijkheid zijn gemaakt en dat de hoogte ervan eveneens redelijk is, zodat deze terecht in rekening zijn gebracht.

Verzoekster heeft nog gesteld dat de onderzoekskosten blijkens de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 september 2024 niet aan haar, maar ten onrechte aan haar zoon zijn berekend. Zoals blijkt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 juli 2025 is de brief van 27 september 2024 ten onrechte aan de zoon gericht en moesten deze kosten bij verzoekster worden gevorderd, die deze, zoals zij ter zitting heeft verklaard, inmiddels heeft voldaan. Dit is terecht, gezien haar positie als verzekeringnemer bij de verzekering van haar zoon – en als zodanig gerechtigd tot de uitkeringen – haar rol als diens belangenbehartiger in dit verband, en de door haar gepleegde fraude.

Het derde onderdeel van het verzoek wordt dan ook afgewezen.

Slotsom

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat het verzoek wordt afgewezen.

Zeist, 9 oktober 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 96

1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.
2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
 - a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
 - b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
 - c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.
3. Lid 2 onder b en c is niet van toepassing voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende de proceskosten van toepassing zijn.
4. In geval van een handelsovereenkomst als bedoeld in artikel 119a lid 1 of artikel 119b lid 1 bestaat de vergoeding van kosten bedoeld in lid 2 onder c uit ten minste een bedrag van 40 euro. Dit bedrag is zonder aanmaning verschuldigd vanaf de dag volgende op de dag waarop de wettelijke of overeengekomen uiterste dag van betaling is verstreken. Hiervan kan niet ten nadele van de schuldeiser worden afgeweken.
5. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld voor de vergoeding van kosten als bedoeld in lid 2 onder c. Van deze regels kan niet ten nadele van de schuldenaar worden afgeweken indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. In dit geval mist artikel 241, eerste volzin, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering toepassing.
6. De vergoeding volgens de nadere regels kan indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, eerst verschuldigd worden nadat de schuldenaar na het intreden van het verzuim, bedoeld in artikel 81, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, waaronder de vergoeding die in overeenstemming met de nadere regels wordt gevorderd, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende de dag na aanmaning.
7. Indien een schuldenaar voor meer dan een vordering door een schuldeiser kan worden aangemaand als bedoeld in lid 6, dan dient dit in één aanmaning te geschieden. Voor de berekening van de vergoeding worden de hoofdsommen van deze vorderingen bij elkaar opgeteld.
8. Zijn op grond van eenzelfde rechtsverhouding termijnbetalingen verschuldigd en wordt aangemaand als bedoeld in lid 6 voor een termijnbetaling waarvoor op grond van de in lid 5 bedoelde algemene maatregel van bestuur de laagste vergoeding geldt, dan wordt voor de berekening van de vergoeding vanaf de dag dat wordt aangemaand, rekening gehouden met een of meerdere aanmaningen voor termijnbetalingen die geheel of gedeeltelijk onbetaald zijn gebleven in een periode van zes maanden voorafgaand aan de dag van de aanmaning.

De in de eerste zin genoemde algemene maatregel van bestuur bevat nadere regels voor de vergoeding. Hierin wordt, in afwijking van lid 7, tevens de vergoeding bepaald in het geval één aanmaning meerdere termijnbetalingen betreft.

Van dit lid kan niet ten nadele van de in lid 5 bedoelde schuldenaar worden afgeweken.

- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen

Heeft het CAK voor u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dat kan als u geen basisverzekering heeft maar deze wel zou moeten hebben volgens de zorgverzekeringswet.

Kunt u deze verzekering opzeggen?

Dit kan als u aan ons en aan CAK kunt bewijzen dat u zelf al een andere basisverzekering heeft afgesloten. U moest deze afsluiten binnen 3 maanden na de mededeling van CAK dat u onterecht niet verzekerd was.

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?

Binnen 2 weken nadat CAK u heeft meegedeeld dat zij voor u een basisverzekering bij ons heeft afgesloten. De verzekering stopt dan op de ingangsdatum, alsof deze niet heeft bestaan.

In alle andere gevallen kunt u de basisverzekering van het CAK de eerste 12 maanden niet opzeggen.

Zie ook:

[CAK](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering

Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:

- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont. Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.

- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt.
U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering

Bent u verzekerd voor een basisverzekering terwijl u niet verplicht verzekerd moet zijn? Dan beëindigen wij uw basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Dat betekent dat de basisverzekering nooit heeft bestaan.

Bij misdrijf of overtreding

Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:

- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering

Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.

Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)

Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?

U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.

U kunt korting krijgen op uw premie:

- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:

- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgesloten;
- verplicht eigen risico en eigen bijdrages die u zelf moet betalen door wettelijke regelingen;
- toeslagen of extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.

Wij bedoelen hier niet de wettelijke rente, vertragingsrente of incassokosten die wij moeten maken als u niet of te laat betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen voor een vrijwillig eigen risico staan op uw premiebijlage zijn in euro's.

Zie ook:

[Polis\(blad\)](#) (begrippen)

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft

U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen

Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres

U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.

Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Privacy

Wij verwerken alleen gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Dit doen wij volgens de voorwaarden die we met u hebben afgesproken. We bewaren deze gegevens in onze administratie.

We verwerken uw persoonsgegevens volgens:

- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en
- de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantenservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg