

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202400952

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 9 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 5 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 6 augustus 2024 aan verzoekster gestuurd. Op 14 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 15 augustus 2024 naar verzoekster gestuurd. Diezelfde dag heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 27 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 oktober 2024 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 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand*** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend** zijn niet in geschil en blijven hierna verder onbesproken.
- 2.2. Op 3 december 2020 heeft verzoekster met ingang van het jaar 2021 de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Op 2 maart 2021 is bij de ziektekostenverzekeraar een declaratie voor onder meer een implantaatbehandeling ter plaatse van element 16 ingediend. Op 24 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster per brief geïnformeerd dat hij een onderzoek is gestart naar de ingediende declaratie. Na het desbetreffende onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 november 2022 verschillende maatregelen aangekondigd. In reactie hierop heeft verzoekster zich op 5 september 2023 tot de commissie gewend.

- 2.3. In het kader van de procedure bij de commissie, die heeft geleid tot het bindend advies onder nr. SKGZ 202300837, heeft verzoekster op 12 december 2023 aanvullende informatie overgelegd. Bij brief van 13 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd over de bevindingen naar aanleiding van het vervolgonderzoek naar de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij e-mailbericht van 23 december 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd.
- 2.4. Bij brief van 24 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd. Op basis van zijn bevindingen heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd:
- inschrijving van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie tot 24 januari 2032;
 - inschrijving van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister tot 13 december 2031;
 - inschrijving van de persoonsgegevens van verzoekster in het Interne Verwijzingsregister tot 24 januari 2032;
 - inschrijving van de persoonsgegevens van verzoekster in het Externe Verwijzingsregister tot en met 24 januari 2025;
 - terugvordering van een bedrag van € 1.000,- aan betaalde kosten voor mondzorg;
 - de gemaakte onderzoekskosten van € 558,- worden bij verzoekster in rekening gebracht.
- 2.5. Verzoekster heeft om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. **Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude en dat de in dit kader opgelegde maatregelen moeten komen te vervallen.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij klachtenformulier van 9 april 2024 en in haar brief van 6 juni 2024 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van fraude. Verzoekster heeft toegelicht dat zij in 2013 en 2014 ernstig ziek is geweest. Hiervan was de ziektekostenverzekeraar op de hoogte, aangezien hij de behandelingen die hiermee verband hielden heeft vergoed. Uit onderzoek is gebleken dat kanker en de behandeling hiervan ernstige gevolgen kan hebben voor het gebit. Dit was bij verzoekster ook het geval.
- Sinds 2014 had zij problemen met het zwakke element dat zich bevond op de locatie waar later het implantaat is aangebracht. Vanwege gezondheidsklachten, vermagering en een groot bijtfibroom was het noodzakelijk een implantaat aan te brengen. Van een voornemen tot deze behandeling was - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - ten tijde van het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering geen sprake. De behandeling was op dat moment ook niet te verwachten. De conclusies van de ziektekostenverzekeraar zijn gebaseerd op een aanname. Verzoekster heeft verder opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd haar te attenderen op en te adviseren over bijzondere tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering.
- De ziektekostenverzekeraar heeft zonder toestemming van verzoekster informatie opgevraagd bij een tandarts waar zij al geen patiënt meer was. Dit heeft voor verzoekster schadelijke gevolgen gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft haar persoonsgegevens opgenomen in diverse registers, zonder de grondslag van de registratie en de duur hiervan te onderbouwen.
- Verzoekster is al twaalf jaar verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en er is nooit sprake geweest van een betalingsachterstand.
- De ziektekostenverzekeraar heeft een voorbeeldfunctie ten aanzien van zijn verzekerden. Hij is verplicht voor hen zorg te dragen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar ervoor moet zorgen dat verzoekster de benodigde zorg ontvangt.
- Verder heeft verzoekster de hoogte van de onderzoekskosten betwist.

- 3.3. Bij brief van 15 augustus 2024 heeft verzoekster herhaald dat geen sprake is geweest van fraude. De vragen, behorende bij de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering, zijn naar waarheid beantwoord. Vanaf 2014 heeft verzoekster behandelingen aan het betreffende element ondergaan. Het verloop van de slechte staat van het element was op voorhand niet duidelijk. Verzoekster heeft toegelicht dat zij de afspraak om het implantaat te laten plaatsen in januari 2021 heeft afgezegd, omdat zij op dat moment geen klachten ervoer. Het ontbrekende element bevond zich op een plaats waar het niet zichtbaar was en leverde esthetisch gezien geen ongemak op.
- De ernstige gezondheidsklachten die zijn opgetreden, hebben ertoe geleid dat de behandeling uiteindelijk heeft moeten plaatsvinden. Het ontbrekende element heeft een bijtfibroom veroorzaakt. Dit heeft ervoor gezorgd dat verzoekster nauwelijks kon eten en vermagerde. De ziektekostenverzekeraar heeft de taak verzekerden desgevraagd te informeren over de aanspraak op bijzondere tandheelkunde en de kosten hiervan op aanvraag van een zorgaanbieder te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet gewezen op de bijzondere tandheelkunde in de periode dat zij ernstig ziek was en problemen ervoer met haar gebit. De ziektekostenverzekeraar was er mee bekend dat het betreffende element meerdere malen is behandeld. Dit blijkt immers uit haar medisch dossier.
- De door de ziektekostenverzekeraar opgelegde maatregelen, te weten de opname van de gebeurtenis respectievelijk de persoonsgegevens van verzoekster in de diverse registers zijn niet proportioneel. Verzoekster heeft zich vanaf 2011 nimmer schuldig gemaakt aan fraude of het verkrijgen van dekking onder valse voorwendselen. De premie wordt altijd via automatische incasso geïnd en nota's zijn op de juiste wijze ingediend en voldaan. Er is geen sprake van ten onrechte vergoede kosten voor de behandelingen die zijn verricht, omdat gezondheidsklachten niet vooraf zijn in te schatten.
- De ziektekostenverzekeraar heeft kosten gemaakt door een onderzoek te doen naar fraude. Deze kosten zijn niet op verzoekster te verhalen, aangezien geen sprake is geweest van fraude. De ziektekostenverzekeraar neemt het eerdere bindend advies van de commissie als uitgangspunt voor het onderhavige geschil, maar verzuimt de aanmaningen stop te zetten. Ook wordt benoemd dat een deurwaarder zal worden ingeschakeld als verzoekster de nota's niet betaalt. Dit getuigt van een onzorgvuldige administratie en het niet betrouwbaar omgaan met persoonsgegevens. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat de aanvullende ziektekostenverzekering door hem is beëindigd vanwege fraude. Door de beschuldigingen van de ziektekostenverzekeraar aan het adres van verzoekster is haar vertrouwen ernstig geschaad. Zij voelde zich daarom genoodzaakt de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij, kort na het eerdere bindende advies van de commissie, opnieuw een brief van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierin maatregelen opgelegd. Volgens hem is sprake van fraude. Hiervoor heeft hij dezelfde argumenten aangevoerd als in de eerdere procedure. Bij de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering is gevraagd of het de verwachting is dat er binnen twee jaar een behandeling volgt. Op deze vraag heeft verzoekster "nee" geantwoord. Zij kan immers niet in de toekomst kijken. Verzoekster wist niet of zij binnen twee jaar na de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering last zou krijgen van het betreffende element. Het element was sinds 2014 in slechte staat. Destijds moest het element worden getrokken. Verzoekster wist dat op termijn vervanging moest plaatsvinden, maar niet direct. Zij had immers geen last van het element. Pas na het indienen van de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering ontstonden klachten. Verzoekster kreeg een bijtfibroom en ervoer pijn.
- Volgens de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar is het fibroom ontstaan nadat het implantaat is aangebracht. Ook kon verzoekster volgens hem geen last hebben van het bijtfibroom. Echter, door de ziektekostenverzekeraar zijn geen foto's opgevraagd. Deze zijn wel gemaakt. Het is bijzonder dat de tandheelkundig adviseur heeft kunnen adviseren zonder dat onderzoek is gedaan.
- Verzoekster is met de ziektekostenverzekeraar overeengekomen dat de vordering zou worden opgeschort. Desondanks heeft zij een brief ontvangen van de deurwaarder. Verder stelt de

ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat hij de aanvullende ziektekostenverzekeraar heeft beëindigd. Verzoekster heeft zelf opgezegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat sprake is van fraude en dat hij in dit verband terecht de maatregelen heeft opgelegd.
- 4.2. In zijn brief van 24 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij na zijn onderzoek het volgende heeft vastgesteld:
- Op 5 oktober 2020 is element 16 is geëxtraheerd. Toen is ook vervanging besproken. In het behandeldossier staat vermeld: "brug/implantaat besproken en folders meegegeven."
 - Op 14 oktober 2020 heeft u telefonisch bij Zilveren Kruis geïnformeerd naar de vergoeding van een implantaat".
 - Op 28 oktober 2020 heeft er een initieel onderzoek implantologie plaatsgevonden. In het behandeldossier staat vermeld: "mevrouw wenst implantaat ter plaatse van element 16. Procedure besproken."
 - Op 9 december 2020 staat in het behandeldossier vermeld: "Bespreken implantaat ter plaatse van 16. Prijsafsprak [X]".
 - Op 10 december 2020 heeft u telefonisch bij Zilveren Kruis geïnformeerd naar de vergoeding van een implantaat in 2021.
 - Op 4 januari 2021 staat in het behandeldossier: "mevrouw belde al haar afspraken voor het implanteren af, wil er nog over nadenken."
- 4.3. Bij brief van 5 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoekster de op haar rustende mededelingsplicht heeft geschonden bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Om te kunnen spreken van fraude dient echter ook sprake te zijn van het opzet tot misleiding. Bij het afsluiten van een verzekering is dit het geval als een verzekerde feiten of omstandigheden niet aan de verzekeraar heeft medegedeeld, die hij/zij kent (of behoort te kennen) en waarvan hij/zij weet (of behoort te begrijpen) dat die doorslaggevend zijn voor de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten. Die verzekerde heeft aldus gehandeld met de bedoeling de verzekeraar ertoe te bewegen een overeenkomst aan te gaan die hij anders niet of niet op dezelfde voorwaarden zou sluiten.
- De in de vragenlijst gestelde vraag naar te verwachten behandeling(en) is helder en niet voor een andere interpretatie vatbaar. Verzoekster wist bovendien, of behoorde althans te weten, dat het antwoord op die vraag doorslaggevend is of, en zo ja, op welke voorwaarden de aanvullende ziektekostenverzekering kon worden afgesloten. Dit blijkt immers uit artikel C.1.2. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en uit het feit dat deze verzekering wordt afgesloten op de grondslag van de door de ziektekostenverzekeraar opgestelde vragenlijst.
- Daarnaast was het de intentie van verzoekster om een hogere dekking voor mondzorg te verkrijgen. Zij heeft dan ook gehandeld met de bedoeling de ziektekostenverzekeraar te bewegen tot het sluiten van een overeenkomst, die de ziektekostenverzekeraar bij een juiste weergave van de feiten niet was aangegaan. Verzoekster heeft verklaard dat zij slechts informatie heeft opgevraagd en dat vervolgens van de behandeling is afgezien, omdat er geen klachten bestonden en behandeling niet op voorhand noodzakelijk was. Uiteindelijk is de behandeling alsnog uitgevoerd, omdat op de plek waar de kies ontbrak een groot bijtbroom was ontstaan, hetgeen heeft geleid tot ernstige gezondheidsklachten, aldus verzoekster. Verzoekster noemt veel pijn, slecht en nauwelijks kunnen eten, en vermagering. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit het feit dat toen een behandelafpraak werd gemaakt, die weliswaar in januari 2021 moest worden afgezegd, dat ten tijde van de aanvraag wel degelijk een behandeling was voorzien. Bovendien blijkt uit de behandelhistorie niet dat er op basis van een bijtbroom of ernstige gezondheidsklachten nadien een indicatie is ontstaan voor het aanbrengen van een implantaat op 2 maart 2021. Verzoekster heeft geen plausibele verklaring gegeven voor haar gedragingen. De

ziektekostenverzekeraar kan daarom niet anders concluderen dan dat zij heeft gehandeld met het opzet tot misleiding.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar is aangesloten bij het Protocol Incidenten-waarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) en houdt een Incidentenregister bij. In het Incidentenregister worden incidenten omschreven met vermelding van de persoonsgegevens van de betrokkene(n). Alleen medewerkers van de afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar hebben toegang tot dit systeem. Na een zorgvuldige belangenafweging kunnen de persoonsgegevens van betrokkenen worden opgenomen in het Incidentenregister.

Voor opname in het Incidentenregister is (uitsluitend) vereist dat sprake is van een incident. Blijkens artikel 2 van het PIFI wordt daaronder verstaan: *"een gebeurtenis die als gevolg heeft, zou kunnen hebben of heeft gehad dat de belangen, integriteit of veiligheid van de cliënten of medewerkers van een Financiële Instelling, de Financiële Instelling zelf of de financiële sector als geheel in het geding zijn of kunnen zijn, zoals het falsificeren van nota's, identiteitsfraude, skimming, verduistering in dienstbetrekking, phishing en opzettelijke misleiding."*

In het geval van verzoekster is sprake van een incident als bedoeld in het PIFI. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar opzettelijk misleid bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. De registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister is dus gerechtvaardigd.

De ziektekostenverzekeraar kan daarnaast besluiten om andere aangesloten financiële instellingen te waarschuwen door de persoonsgegevens van de persoon die bij het incident was betrokken, op te nemen in het Externe Verwijzingsregister (EVR), een systeem waartoe alle bij het PIFI aangesloten instellingen toegang hebben. Ook hiervoor geldt dat een zorgvuldige belangenafweging wordt gemaakt. Medewerkers van andere financiële instellingen kunnen daardoor achterhalen of er over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de ziektekostenverzekeraar, maar ook andere financiële instellingen hun diensten aan de betrokkene weigeren. Beide registers hebben dus (een zekere) externe werking, waarbij geldt dat opname in het Incidentenregister minder verstrekkend is dan een melding in het EVR. Voor opname in het EVR gelden de navolgende criteria:

"a) De gedraging(en) van de (rechts)persoon vormden, vormen of kunnen een bedreiging vormen voor (I) de (financiële) belangen van cliënten en/of medewerkers van een Financiële instelling, alsmede de (Organisatie van de) Financiële instelling(en) zelf of (II) de continuïteit en/of de integriteit van de financiële sector.

In voldoende mate staat vast dat de betreffende (rechts)persoon betrokken is bij de onder a bedoelde gedraging(en). Deze vaststelling betekent dat van strafbare feiten in principe aangifte of klacht wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar.

Het proportionaliteitsbeginsel wordt in acht genomen. Dit houdt in dat Veiligheidszaken vaststelt, dat het belang van opname in het Externe Verwijzingsregister prevaleert boven de mogelijk nadelige gevolgen voor de Betrokkene als gevolg van opname van zijn Persoonsgegevens in het Extern Verwijzingsregister".

Daarnaast stelt de Hoge Raad als voorwaarde dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld dienen op te leveren, in die zin dat de te verwerken strafrechtelijke persoonsgegevens in voldoende mate moeten vaststaan.

- 4.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar opzettelijk misleid bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze gedraging van verzoekster vormt een bedreiging voor zowel de ziektekostenverzekeraar als de financiële sector als geheel. Dit brengt mee dat aan de vereisten voor registratie in het EVR, zoals genoemd in artikel 5.2.1 onder a en b van het PIFI, is voldaan.

Daarnaast is er sprake van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan het verstrekken van valse gegevens zoals bedoeld in artikel 227a van het Wetboek van Strafrecht en/of poging tot oplichting zoals bedoeld in artikel 326 van het Wetboek van Strafrecht.

De registratie in het EVR voldoet tevens aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit.

Het doel van de registratie is om andere financiële instellingen erop te attenderen dat er in het verleden met betrekking tot de consument iets aan de hand is geweest op het gebied van verzekeringsfraude. Dat doel is in dit geval niet met een minder zwaar middel te bereiken dan met

een vermelding in het EVR. Verder is het proportioneel dat de gegevens van verzoekster in het EVR zijn opgenomen.

Zij heeft zich immers schuldig gemaakt aan verzekeringsfraude en andere financiële instellingen moeten daartegen beschermd worden. Het is tevens proportioneel dat verzoekster hiervan voor de duur van één jaar hinder ondervindt. De registratie van haar persoonsgegevens in het EVR is dus gerechtvaardigd.

- 4.6. Ook de registratie in het Incidentenregister voldoet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Het doel van deze registratie is het ondersteunen van activiteiten, gericht op het waarborgen van de veiligheid en de integriteit van de financiële sector. Opname van gegevens in het Incidentenregister maakt het mogelijk om deze gegevens op een met waarborgen van privacy omgeven wijze te delen met andere financiële instellingen. Dat doel is niet met een minder zwaar middel te bereiken.
- Door de EVR-registratie worden financiële instellingen één jaar lang actief op de hoogte gebracht van het incident waardoor de sector proactief wordt beschermd tegen integriteitsrisico's. Het is echter van belang dat ook na deze termijn de financiële sector en andere instellingen kunnen worden geïnformeerd en/of beschermd tegen integriteitsrisico's of criminele activiteiten door desgevraagd informatie te delen. Er bestaat risico op herhaling bij andere instellingen.
- De ziektekostenverzekeraar weegt in dit verband mee dat verzoekster, na confrontatie met het bewijs, blijft ontkennen. Dit is een omstandigheid die de kans op recidive verhoogt. Indien zich een incident voordoet bij een andere, bij het PIFI aangesloten instelling én deze instelling ziet zelf aanleiding om de ziektekostenverzekeraar daarover te bevragen (het EVR geeft daartoe na één jaar immers geen aanleiding meer), maakt de registratie in het Incidentenregister het mogelijk om conform het PIFI nog informatie te delen over het eerdere incident.
- De impact van de registratie van de gegevens in het Incidentenregister voor betrokkene is relatief beperkt. Er kunnen pas gegevens worden gedeeld als zich een ander incident voordoet bij een derde partij en die derde partij voldoende aanleiding ziet om de ziektekostenverzekeraar daarover te bevragen. Gezien de dreiging, die de gedragingen van verzoekster vormen voor de financiële sector en de relatief beperkte impact voor verzoekster, acht de ziektekostenverzekeraar een registratie in het Incidentenregister voor de duur van acht jaren proportioneel.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft naast de klantadministratie, waarin klantgegevens worden vastgelegd, een Gebeurtenissenadministratie, waarin gebeurtenissen worden opgenomen die van belang zijn voor de veiligheid en integriteit van de ziektekostenverzekeraar. De vastgelegde 'gebeurtenissen' zijn gegevens van feitelijke aard met een uiteenlopend karakter, variërend van klachten van verzekerden tot screeningsverzoeken en gegevens over door de verzekerde gepleegde fraude. De vastgelegde gegevens in de Gebeurtenissenadministratie zijn alleen te raadplegen door medewerkers van de afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar, niet door zijn andere medewerkers en evenmin door medewerkers van een andere financiële instelling.
- De afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar beslist na een belangenafweging of de gegevens in de Gebeurtenissenadministratie leiden tot een vermelding in het Interne Verwijzingsregister (IVR) van de ziektekostenverzekeraar. Het IVR fungeert als intern waarschuwingssysteem voor veiligheidsrisico's. Een dergelijke registratie is uitsluitend zichtbaar voor medewerkers van de Achmea-groep, op basis van het principe 'hit/no hit'. De medewerkers die het register raadplegen krijgen de reden van de registratie niet te zien, maar dienen bij een melding contact op te nemen met afdeling Speciale Zaken, die adviseert over de te nemen beslissing.
- De Gebeurtenissenadministratie en het IVR vormen het interne waarschuwingssysteem van de ziektekostenverzekeraar en de Achmea-groep waarvan de ziektekostenverzekeraar deel uitmaakt.
- 4.8. Op registratie in genoemde registers zijn de AVG en de UAVG van toepassing. Hiervóór is vastgesteld dat tegen betrokkene een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan strafbare feiten moet bestaan. Een vaststelling die, op grond van artikel 33 lid 2 sub b UAVG, ook voldoende is om de registratie in de interne registers te handhaven.

Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn deze registraties voor de duur van acht jaren proportioneel. Voorop staat dat de registraties in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR zuiver intern zijn. De registraties hebben tot gevolg dat iemand niet langer gebruik kan maken van de diensten van de Achmea-groep, waarvan de ziektekostenverzekeraar deel uitmaakt. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster een bijzonder belang heeft bij een financiële relatie met (juist) de Achmea-groep. Omdat financiële instellingen die geen deel uitmaken van deze groep geen toegang hebben tot de persoonsgegevens in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR, wordt verzoekster, na afloop van de registratie in het EVR, niet belemmerd in haar mogelijkheden om met een andere financiële instelling een relatie aan te gaan.

De Gebeurtenissenadministratie fungeert bovendien als het 'geheugen' van de ziektekostenverzekeraar en aan opname van haar gegevens hierin zijn op zichzelf nog geen directe gevolgen voor verzoekster verbonden.

- 4.9. Op grond van artikel A.20.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen onderzoekskosten in rekening worden gebracht. Dergelijke kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar daadwerkelijk gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband een specificatie hiervan overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft bestreden dat hij heeft verzuimd verzoekster te attenderen op en te adviseren over de vergoeding op grond van bijzondere tandheelkunde. Het is de taak van de ziektekostenverzekeraar - als zorgverzekeraar - om verzoekster desgevraagd te informeren over de bijzondere tandheelkunde, dan wel op aanvraag van een zorgverlener daartoe na te gaan of aanspraak bestaat. Het is echter uitdrukkelijk niet zijn taak om op eigen initiatief verzekerden te attenderen op en/of te adviseren over mogelijke behandelingen.
- 4.10. Bij brief van 14 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het te vorderen bedrag in verband met de onderzoekskosten is verhoogd naar € 558,--.
- 4.11. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in de eerdere procedure bij de commissie is vastgesteld dat verzoekster haar mededelingsplicht heeft geschonden. Dit betekent dat zij ten tijde van het aanvragen van de aanvullende ziektekostenverzekering een behandeling verwachtte en hiervan geen melding maakte. Ook wist of behoorde zij te weten dat deze informatie van doorslaggevende betekenis was voor het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. De nieuwe beslissing van de ziektekostenverzekeraar, namelijk dat sprake is van fraude, bouwt voort op het eerdere bindende advies en de in vervolg hierop ontvangen informatie. In de eerdere zaak was aan de orde dat verzoekster niet volledig had meegewerkt aan het onderzoek en daarom kon de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding verlenen. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster alsnog haar medewerking toegezegd. De benodigde informatie is hierna overgelegd en het onderzoek is heropend. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat sprake was van opzettelijke misleiding, zoals bedoeld in de artikelen 7:920, 7:928 BW en 7:929 BW. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar twee arresten van de Hoge Raad, namelijk ECLI:NL:HR:2016:507 en ECLI:NL:HR:1981:AG4298. Aangezien de ziektekostenverzekeraar pas na de hoorzitting beschikte over de benodigde informatie, kon de conclusie van het onderzoek nog niet met de commissie worden gedeeld. Het bindend advies en de conclusie van het heropende fraudeonderzoek hebben elkaar gekruist. Verzoekster heeft de intentie gehad de aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten die zij bij een juiste weergave van de feiten niet zou hebben gekregen. Uit het behandeldossier blijkt niet dat sprake was van ernstige gezondheidsklachten of pijnklachten als indicatie voor een implantaat. Het is niet aannemelijk dat het bijt fibroom is ontstaan door het ontbreken van het element. In het behandeldossier worden weliswaar pijnklachten genoemd, maar pas na het implanteren. De verklaring van verzoekster in dit verband is niet onderbouwd en ook niet aannemelijk op basis van het behandeldossier. Verder blijkt uit het behandeldossier dat voorafgaand aan de aanvraag van de aanvullende ziektekostenverzekering voorbereidende handelingen zijn verricht voor het aanbrengen van een implantaat. Volgens verzoekster was sprake van een acute verslechtering van de situatie na het aanvragen van de aanvullende ziektekostenverzekering. Echter, ten tijde van de aanvraag heeft een afspraak bij de oude tandarts plaatsgevonden voor een initieel onderzoek voor een implantaatbehandeling. In januari

is deze afspraak afgezegd. Vervolgens is de implantaatbehandeling in maart uitgevoerd door de nieuwe tandarts.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij als enige inzicht heeft in zijn Gebeurtenissenadministratie. Het Incidentenregister is alleen inzichtelijk voor de Afdeling Speciale zaken. Dit is gekoppeld aan het Externe Verwijzingsregister. Als een andere financiële instelling een match heeft en gegevens wil opvragen, dan kan dit via de afdeling Speciale Zaken. De afdeling Speciale Zaken kan het Incidentenregister raadplegen. Het Interne Verwijzingsregister is alleen toegankelijk voor verzekeraars van de Achmea-groep. Ook dit register kan worden geraadpleegd door de afdeling Speciale Zaken.

Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het thans gevorderde bedrag van € 1.000,- dezelfde kosten betreft als het bedrag van € 1.667,52 dat in de eerdere procedure is gevorderd. Het gaat hierbij om de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, die in maart 2021 aan verzoekster is uitgekeerd. In beide procedures wordt in totaal een bedrag van € 1.000,- teruggevorderd. Er is geen sprake van twee vorderingen naast elkaar.

Ten aanzien van de brief van de deurwaarder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster deze als niet verzonden mag beschouwen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18. 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 (hierna: BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Op 15 februari 2024 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht in een geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar (SKGZ 202300837). Hierin is - samengevat - door de commissie geconcludeerd dat verzoekster haar mededelingsplicht heeft geschonden en dat de ziektekostenverzekeraar de door hem gedane uitkering mocht terugvorderen. Verder oordeelde de commissie dat de door de ziektekostenverzekeraar in die zaak vanwege niet meewerken door verzoekster aan zijn onderzoek opgelegde maatregelen dienden te vervallen. Dit omdat de ziektekostenverzekeraar daaraan geen fraude ten grondslag legde en deze maatregelen daarom noch op basis van artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering konden zijn opgelegd, noch op grond van het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde privacy statement als bedoeld in artikel A.19 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit bindend advies wordt door de commissie als uitgangspunt genomen bij de beoordeling van het onderhavige verzoek.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt thans, mede gelet op de alsnog verkregen, aanvullende, nieuwe informatie, dat sprake is geweest van fraude. Om die reden heeft hij het door hem in maart 2021 uitgekeerde bedrag van € 1.000,- voor tandheelkundige behandelingen teruggevorderd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, namelijk het opnemen van de gebeurtenis onderscheidenlijk de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers en wenst de ziektekostenverzekeraar de gemaakte onderzoekskosten op verzoekster te verhalen.
De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de terugvordering, de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen, en het op verzoekster verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

6.4. Tussen partijen staat vast dat verzoekster de mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie overweegt dat schending van de mededelingsplicht niet zonder meer leidt tot de conclusie dat sprake is van fraude. In de tekst van artikel 7:929 BW zijn door de wetgever immers twee situaties onderscheiden, namelijk: (i) die waarbij de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden, en (ii) die waarbij de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

6.5. Om te kunnen spreken van fraude moet sprake zijn van het opzet tot misleiding. Gelet op de verstrekkende gevolgen van de maatregelen die in dat geval kunnen worden genomen, moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat is gehandeld met het opzet tot misleiding. Het is aan de verzekeraar om concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt. Bij gemotiveerde betwisting door de wederpartij, moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen. Ten aanzien van fraude is in artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering onder meer het volgende bepaald:

"Fraude is als iemand een vergoeding krijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringnemer krijgt met ons:

- a. onder valse voorwendselen;*
- b. op oneigenlijke grond en/of wijze.*

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;*
- b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;*
- c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;*
- d. feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen."*

Artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.6. Naar het oordeel van de commissie zijn door de ziektekostenverzekeraar voldoende concrete feiten en omstandigheden gesteld waaruit het bestaan van het opzet tot misleiding blijkt. Deze feiten en omstandigheden blijken uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 januari 2024 en zijn gebaseerd op het behandeldossier van verzoekster. Zo is element 16 op 5 oktober 2020 bij verzoekster geëxtraheerd. Destijds is vervanging van het element besproken. Op 28 oktober 2020 heeft een initieel onderzoek implantologie plaatsgevonden en is door de behandelaar genoteerd dat verzoekster een implantaat wenst ter plaatse van element 16. Op 9 december 2020 is een implantaat ter plaatse van element 16 besproken. Op 4 januari 2021 heeft verzoekster haar afspraken voor het implanteren afgezegd, maar later dat jaar is alsnog met de behandeling gestart. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar een telefoonnotitie overgelegd waaruit blijkt dat verzoekster op 14 oktober 2020 heeft geïnformeerd naar de vergoeding van een implantaat. De inhoud van het behandeldossier en de telefoonnotitie zijn door verzoekster niet, althans onvoldoende gemotiveerd, bestreden. Gelet op de eenduidige vraag naar de te verwachten behandelingen in het aanvraagformulier voor de aanvullende ziektekostenverzekering had het op de weg van verzoekster gelegen melding te maken van de op dat moment voorgenomen implantaatbehandeling. Zij heeft echter verklaard dat een zodanige behandeling niet werd verwacht.

6.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster de vooropgezette bedoeling heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster deze conclusie weliswaar weersproken, maar niet ontzenuwd. Aangezien verzoekster onder valse voorwendselen vergoeding heeft verkregen, mocht de ziektekostenverzekeraar concluderen dat sprake was van fraude als bedoeld in artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Verzoekster had om die reden geen aanspraak op vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten.

Nu sprake is van fraude was de ziektekostenverzekeraar in beginsel ook gerechtigd de overige maatregelen tegen verzoekster te treffen, namelijk terugvordering van de uitgekeerde vergoedingen, het opnemen van de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten. Hierna zal achtereenvolgens worden ingegaan op de tegen verzoekster getroffen maatregelen.

- 6.8. Nu onder 6.7 is vastgesteld dat verzoekster de door haar gedeclareerde kosten ten onrechte vergoed heeft gekregen, mocht de ziektekostenverzekeraar de uitgekeerde bedragen van haar terugvorderen. Deze uitkeringen vonden immers, achteraf beschouwd, zonder rechtsgrond plaats. Ten aanzien van de hoogte van deze vordering is ter zitting komen vast te staan dat het bedrag dat in de eerdere procedure aan de orde was, namelijk € 1.667,56, moet worden verlaagd naar € 1.000,-. Hetgeen betekent dat de totale vordering € 1000,- bedraagt, zijnde de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hetgeen betekent dat de totale vordering € 1.000,- bedraagt voor beide procedure. Hierop moet in mindering worden gebracht hetgeen verzoekster ter zake eventueel al heeft betaald.
- 6.9. Met betrekking tot de registraties geldt dat deze moeten voldoen aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de opgelegde maatregelen dienen ter bescherming van zijn belangen en die van de financiële sector. Dat de opgelegde maatregelen daartoe dienstig zijn en dat hetgeen hiermee wordt beoogd niet langs een andere weg kan worden gerealiseerd, wordt door de commissie onderschreven. Aan het vereiste van subsidiariteit is derhalve voldaan. Een andere vraag is die naar de proportionaliteit van deze maatregelen.
- In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar de gebeurtenis ingeschreven in de Gebeurtenissenadministratie en de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het IVR voor de duur van acht jaren vanaf 24 januari 2024. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het Incidentenregister voor de duur van acht jaren vanaf 13 december 2023 en in het EVR voor de duur van één jaar vanaf 24 januari 2024. Ten aanzien van de duur van opname in de verschillende registraties overweegt de commissie als volgt.
- 6.10. De inschrijving van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie en het opnemen van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR hebben een werking die beperkt blijft tot de ziektekostenverzekeraar en de rechtspersonen van het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. Van deze registratie zal verzoekster hinder ondervinden als zij een financiële dienst wil afnemen bij een rechtspersoon die behoort tot het concern van de ziektekostenverzekeraar. Voor de registraties in het EVR en het Incidentenregister geldt dat sprake is van een - al dan niet beperkte - externe werking.
- De commissie acht de registratie in het EVR voor de duur van één jaar proportioneel, gelet op de ernst van het feit en de houding van verzoekster tijdens de onderzoeksfase en daarna, welke houding wordt gekenmerkt door ontkenning van het gebeurde. Ten aanzien van de registratie in het Incidentenregister, de Gebeurtenissenadministratie en het IVR heeft de ziektekostenverzekeraar gekozen voor registratie voor de duur van acht jaren. De commissie overweegt dat van de ziektekostenverzekeraar een behoorlijke onderbouwing mag worden verwacht voor de duur van de registraties. Dit geldt temeer nu hij ten aanzien van deze registraties heeft gekozen voor de maximale duur van acht jaren. Dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster liefst langere tijd niet als klant wenst en dat verzoekster van de registratie maar beperkt hinder ondervindt, overtuigt in dat verband niet.
- De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar - met uitzondering van de registratie in het EVR - niet aannemelijk heeft gemaakt dat de opgelegde maatregelen proportioneel zijn. Zij stelt de duur van de registratie in het Incidentenregister, de Gebeurtenissenadministratie en het IVR in goede justitie vast op een termijn gelijk aan de registratie in het EVR, namelijk één jaar.

Nu verzoekster op dit onderdeel van haar verzoek gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, ziet de commissie tevens grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

- 6.11. Aangezien onder 6.7. 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 artikel 20.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 558,- bedragen, en heeft hiervan een berekening overgelegd. Tevens heeft hij onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. Verzoekster heeft de berekening en het causale verband niet gemotiveerd bestreden. Weliswaar heeft zij de hoogte van de onderzoekskosten betwist, maar zonder hiervan enige onderbouwing te leveren. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten bij verzoekster in rekening mocht brengen.

Slotsom

- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar het aan verzoekster uitgekeerde bedrag van € 1.000,- voor tandartskosten mag terugvorderen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar de gebeurtenis respectievelijk de persoonsgegevens van verzoekster mag opnemen in de Gebeurtenissenadministratie, het IVR en het EVR voor de duur van maximaal één jaar tot 24 januari 2025;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster mag opnemen in het Incidentenregister voor de duur van maximaal één jaar tot 13 december 2024;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
 - (v) hetgeen meer of anders is gevorderd door verzoekster wordt afgewezen.

Zeist, 19 november 2024,

L. Ritzema

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 929

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons Privacystatement, te raadplegen op www.zilverenkruis.nl.

19.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.3 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.4 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

19.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a. onder valse voorwendselen;
- b. op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d. feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c. u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

A.21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.