

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door G tegen C te D en E te F
Zaak : Veronderstelde fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), buitenland nota, beëindiging zorgverzekering, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekeringen, het niet vergoeden van gedeclareerde kosten, vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 2010.00604
Zittingsdatum : 25 augustus 2010

1. Partijen

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

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de conclusie van de ziektekostenverzekeraar van 23 november 2009 dat verzoeker heeft getracht de ziektekostenverzekeraar financieel te benadelen door een onjuiste voorstelling van zaken te geven over de oorzaak van zijn klachten/redenen voor het ondergaan van een operatie in Teheran (Iran). In verband hiermee worden de betreffende nota's niet vergoed; wordt de zorgverzekering per 1 januari 2010 beëindigd; worden de aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoeker per 1 december 2009 beëindigd, en worden de (externe) onderzoekskosten op verzoeker verhaald. Tevens worden verzoekers gegevens opgenomen in een intern incidentenregister en worden zijn personalia doorgegeven aan de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 2 sterren, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 23 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de declaratie voor medische zorg in Iran is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij geconcludeerd dat verzoeker heeft getracht hem financieel te benadelen doordat hij een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. Bij brief van 15 maart 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juni 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 juli 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 juli 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar is op 25 augustus 2010 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt dat hij tijdens zijn verblijf in Teheran op 2 juli 2009 is mishandeld, waarbij zijn neus is gebroken en zijn halsketting is gestolen. Verzoeker heeft vanwege de neusbreuk zich tot het Kyan General Hospital in Teheran gewend, waar hij is geopereerd. De neus is gecorrigeerd, omdat verzoeker als gevolg van de verwonding moeilijkheden had gekregen met ademen. De kosten van deze ingreep heeft hij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
 - 4.2. Een eerdere neusoperatie uit 2002 is niet van belang bij de beoordeling van deze zaak. Verzoeker heeft na de ingreep in 2002 met de behandelend arts gesproken over de restklachten (soms een beetje last met ademen). De arts heeft destijds gesteld dat een tweede operatie geen zin zou hebben en niet tot een verbetering zou leiden. In 2009 was sprake van een nieuwe – spoedeisende – situatie, waarbij operatief ingrijpen noodzakelijk was.
 - 4.3. De behandelend arts in Teheran heeft tegenover het door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde onderzoeksbureau verklaard dat verzoeker enkele dagen voor de ingreep contact met hem heeft opgenomen, dat geen sprake was van een recent trauma, en dat verzoeker eerder aan zijn neus geopereerd is. De arts heeft later tegenover verzoeker verklaard dat hij zich overvallen voelde door de gestelde vragen. Doordat hij druk was met allerlei zaken, heeft hij wellicht twee dossiers door elkaar gehaald.
 - 4.4. Verzoeker heeft een verklaring overgelegd van zijn echtgenote van 11 december 2009. In deze verklaring stelt zijn echtgenote dat zij op 2 juli 2009 bij haar echtgenoot was en dat zij aanwezig was bij de beroving en de daaropvolgende ziekenhuisopname.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar twijfelt ten onrechte aan voornoemde lezing van verzoeker. Verzoeker heeft verklaringen van zijn echtgenote en van de behandelend arts overgelegd. Het fraudeonderzoek dat de ziektekostenverzekeraar heeft laten verrichten, is zeer onzorgvuldig geweest. Daarom kan aan de conclusies van dit onderzoek geen waarde worden toegekend.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aangifte gedaan van oplichting. Verzoeker is ter zake verhoord door de politie. Bij brief van 29 januari 2010 heeft de hulpofficier van justitie verzoeker bericht dat wordt afgezien van verdere vervolging, omdat de ziektekostenverzekeraar zijn aangifte heeft ingetrokken.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker door het indienen van de onderhavige nota's heeft getracht hem financieel te benadelen. Bovendien heeft hij een onjuiste voorstelling van zaken gegeven over de oorzaak van zijn klachten/redenen voor de door hem ondergane operatie in Iran. De behandelend arts heeft verklaard dat het eerste consult enkele dagen voorafgaand aan de ingreep heeft plaatsgevonden. Daarnaast heeft de arts verklaard dat de klachten van verzoeker geen recent trauma betroffen, maar dat deze al vóór aankomst in Iran bestonden. Het betreffende ziekenhuis heeft verklaard dat verzoeker een verwijfsbrief van de behandelend arts heeft overgelegd en dat deze arts voorafgaand aan de ingreep alles met betrekking tot de ingreep heeft geregeld met het ziekenhuis. Uit de door verzoeker ingediende documenten blijkt dat hij de ingreep heeft ondergaan op grond van onder meer "chronic sinusitis" ofwel een chronische aandoening. In de nieuwe verklaring stelt de behandelend arts dat sprake is geweest van ondermeer een "corrective surgery of nose septum" ofwel een correctieve ingreep aan het neustussenschot. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat verzoeker reeds in 2002 een correctie van het neustussenschot heeft ondergaan in het ziekenhuis te Harderwijk in verband met passagestoornissen van de neus.
- 5.2. Uit de vertaling van de politieaangifte van 17 juli 2009 blijkt dat op 2 juli 2009 de ketting van verzoeker is gestolen door een onbekende persoon. In deze aangifte wordt geen melding gemaakt van lichamelijk letsel dat verzoeker als gevolg van deze diefstal zou hebben opgelopen. Tijdens het telefonisch confrontatiegesprek in november 2009 heeft verzoeker verklaard door twee personen overvallen te zijn. Ook dit is in tegenspraak met de vertaalde politieaangifte.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de door verzoeker afgelegde verklaringen niet overeenkomen met de werkelijke situatie. De operatie in Teheran is geen gevolg van op 2 juli 2009 overkomen letsel, maar een geplande en gewenste neuscorrectie. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar op 24 november 2009 aangifte gedaan van valsheid in geschifte c.q. oplichting c.q. poging tot oplichting. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij deze aangifte niet heeft ingetrokken. De brief van de hulpofficier van justitie komt de ziektekostenverzekeraar dan ook zeer vreemd voor. De ziektekostenverzekeraar zal ter zake een klacht indienen bij het Openbaar Ministerie en het Gerechtshof.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling opgemerkt dat het hem bevreemd dat de behandelend arts geen röntgenfoto's van de neus heeft gemaakt, hetgeen bij een spoedeisende behandeling als de onderhavige toch wel gebruikelijk is.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker aantoonbaar fraude heeft gepleegd, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt ,voor zover hier van belang:
- “17.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
17.2 Elk uit deze zorgverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
17.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
a. aangifte doen bij de politie;
b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.”*
- In artikel 4.2.3 is bepaald dat de zorgverzekering eindigt bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 17.
- 8.3. In de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 17 die gelden voor de zorgverzekering ook van toepassing zijn op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van artikel 17.1 van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 9.3. De bedoeling van artikel 17 van de zorgverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn inmiddels ook neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. Sedert de inwerkingtreding op 1 januari 2006 van het nieuwe verzekeringsrecht als onderdeel van het Burgerlijk Wetboek in Boek 7, titel 17, BW is krachtens de hoofdregel van overgangsrecht (zie artikel 68a lid 1 Overgangswet nieuw Burgerlijk Wetboek) artikel 7:941 BW onmiddellijk van toepassing. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 17 van de zorgverzekering gebezigde terminologie “onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.4. Het voorgaande betekent kort gezegd dat sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang. Verzoeker verbleef in Iran van 28 juni tot en met 26 juli 2009. Volgens de overgelegde vertaling van de verklaring van de politie van Teheran van 17 juli 2009 is op 2 juli 2009 de ketting van verzoeker gestolen door een onbekende persoon. Verzoeker is op 2 juli 2009 in het Kyan General Hospital te Teheran geopereerd aan zijn neus. Verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep geen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker de nota's ter zake van de door hem in Teheran gemaakte kosten ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hierbij verklaard dat hij in Teheran is overvallen en mishandeld en dat hij als gevolg daarvan met spoed geopereerd moest worden. De ziektekostenverzekeraar is hierop een onderzoek gestart naar de rechtmatigheid van de declaraties. Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat sprake is van (poging tot) fraude.
- 9.5. De commissie constateert dat in de vertaalde politieverklaring wordt vermeld dat de ketting van verzoeker is gestolen door een onbekende persoon. Er wordt geen melding gedaan van mishandeling of opgelopen letsel als gevolg van de diefstal. De verklaring van de echtgenote van verzoeker betreft alleen de beroving en ziekenhuisopname, maar niet het door de beroving opgelopen letsel. Verzoeker heeft verklaard op 2 juli 2009 door twee personen overvallen te zijn, waarbij hij zodanig zwaar letsel

heeft opgelopen dat hij diezelfde dag geopereerd moest worden. De commissie concludeert hieruit dat de verklaring van verzoeker betreffende het opgelopen letsel als gevolg van de beroving niet overeenstemt met hetgeen door de politie van Teheran en de echtgenote van verzoeker is verklaard.

- 9.6. Ten aanzien van de (vertaalde) verklaringen van de behandelend arts betreffende de indicatie voor de operatie, hecht de commissie de meeste waarde aan hetgeen vermeld staat op de *"file summary sheet"*. Hierop staat vermeld dat sprake is van *"1 - nasal severe deformity, resulted by previous nose surgery and fracture; 2 - severe deviation of nose septum and nostril obstruction and plentiful intranasal adhesions; 3 - clear deformity of nose and non-equal nostrils being up and down; 4 - chronic sinusitis"*. Uit deze samenvatting, die blijkbaar ten tijde van de opname is opgemaakt, blijkt niet dat sprake is van een spoedsituatie, noch van een recent fractuur. Dat de arts in tweede instantie heeft gesteld dat wel degelijk sprake was van een neusfractuur als gevolg van trauma is hier verder niet van belang.
- 9.7. Het geheel van deze feiten doet een wezenlijk ander beeld ontstaan omtrent de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's voor diens ziekenhuisopname in 2009 in het Kyan General Hospital te Teheran dan verzoeker wil doen voorkomen met zijn verklaringen. De commissie komt tot het oordeel dat verzoeker gebruik heeft gemaakt van een onjuiste voorstelling van zaken ten einde de declaraties vergoed te krijgen. Op basis van de gang van zaken zoals die uit meergenoemde stukken naar voren is gekomen, komt de commissie verder tot het oordeel dat aan verzoekers handelen de vooropgezette bedoeling ten grondslag moet hebben gelegen tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt tot de conclusie dat bij verzoeker tevens sprake is geweest van opzet, in de zin van bovengenoemd artikel 7:941, lid 5 BW als vereiste voor verval van recht op uitkering en beëindiging van zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 september 2010,

Voorzitter