

ANONIEM BINDEND ADVIES

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202401437

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B, hierna te noemen: partner van verzoeker,

en

Onderlinge waarborgmaatschappij Stad Holland Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 29 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 4 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. De partner van verzoeker heeft, namens verzoeker, op 3 januari 2024 de zorgverzekeraar gemaild. Hij heeft hierbij een machtigingsformulier overgelegd en meegedeeld dat door verzoeker in 2023

ingediende nota's tot dan toe niet waren vergoed. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 11 januari 2024 gereageerd. Hij heeft vermeld dat het zorgkosten voor GGZ betreft en dat de vergoeding totaal € 2.092,72 bedraagt. Hierop is een nog openstaand bedrag voor premie in mindering gebracht. Op 3 oktober 2023 is € 1.951,97 overgemaakt op de bankrekening van verzoeker, aldus de zorgverzekeraar.

- 2.3. De partner van verzoeker heeft, eveneens op 11 januari 2024, de zorgverzekeraar per e-mail verzocht om het betaalkenmerk. Bij dit e-mailbericht heeft hij een groot aantal bankafschriften van verzoeker gevoegd. Vervolgens heeft hij op 1 februari 2024 en 1 maart 2024 per e-mail een herinnering gestuurd aan de zorgverzekeraar. Op 5 april 2024 heeft de partner van verzoeker namens deze een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 2.4. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 april 2024 aan de partner van verzoeker meegedeeld dat hij het vermoeden heeft dat deze opzettelijk heeft geprobeerd hem te misleiden. De partner van verzoeker wordt daarom in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren. Op 25 april 2024 heeft de zorgverzekeraar hiervoor een herinnering aan betrokkene gestuurd.
- 2.5. Bij brief van 22 mei 2024 heeft de zorgverzekeraar aan de partner van verzoeker meegedeeld dat hij na onderzoek heeft geconcludeerd dat deze heeft geprobeerd de zorgverzekeraar opzettelijk te misleiden, door onterecht te stellen dat de vergoeding van € 1.951,97 niet aan verzoeker is uitbetaald, dit met het oogmerk een dubbele vergoeding te ontvangen, aldus de zorgverzekeraar. Op basis van artikel 12, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft de zorgverzekeraar de volgende maatregelen genomen:
 - een gedeelte van de gemaakte onderzoekskosten wordt aan de partner van verzoeker doorberekend, te weten € 250,-;
 - de persoonsgegevens van de partner van verzoeker worden opgenomen in het incidentenregister van de zorgverzekeraar. De maximum bewaartermijn voor (persoons)gegevens in dit register is 7 jaren;
 - de persoonsgegevens van de partner van verzoeker worden opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (hierna: EVR) voor de duur van 1 jaar.
 Daarnaast is vermeld dat als de partner van verzoeker, in zijn hoedanigheid van gemachtigde van verzoeker, nogmaals betrokken is bij een incident, de zorgverzekeraar zich het recht voorbehoudt de verzekeringsovereenkomst met verzoeker te beëindigen.
- 2.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Hij heeft hierbij vermeld dat de volgende maatregelen zijn getroffen met betrekking tot de partner van verzoeker:
 - hij moet € 250,- aan onderzoekskosten betalen;
 - zijn (persoons)gegevens worden voor de duur van 7 jaren opgenomen in het incidentenregister van de zorgverzekeraar;
 - zijn persoonsgegevens worden voor de duur van 1 jaar opgenomen in het EVR;
 - er is een melding gedaan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV) van het Verbond van Verzekeraars.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat door zijn partner geen fraude is gepleegd, en dat de zorgverzekeraar de in verband daarmee getroffen maatregelen alsmede de tegen hem, bij wijze van waarschuwing, aangekondigde mogelijke maatregel, zoals vermeld in de brief van 22 mei 2024, ongedaan moet maken.
- 3.2. In het verzoek om heroverweging van 27 mei 2024 is vermeld dat verzoeker PTSS heeft. Dit heeft jarenlang tot ernstige klachten geleid. Ook leidde dit tot het niet (goed) kunnen nakomen van financiële verplichtingen. Zijn partner heeft op enig moment met verzoeker afgesproken de financiële verplichtingen verder zo goed mogelijk te regisseren.

Verzoeker heeft tegenover zijn partner verklaard dat hij de nota's van de GGZ-behandeling ter declaratie had ingediend bij de zorgverzekeraar, maar dat deze kosten niet waren vergoed. De partner van verzoeker heeft vervolgens namens hem contact opgenomen met de zorgverzekeraar om dit na te vragen. De zorgverzekeraar heeft geantwoord dat een vergoeding was uitgekeerd.

Verzoeker heeft een overzicht gemaakt van alle inkomsten en uitgaven via zijn bank over de betreffende periode, te weten van 1 juli 2022 tot en met 1 november 2023, en dit aan zijn partner gegeven. Die heeft met behulp van de zoekfunctie gezocht naar de vergoeding die zou zijn verleend, maar hij heeft deze niet gevonden. Hij heeft vervolgens de bankafschriften naar de zorgverzekeraar gestuurd en nogmaals gevraagd hem het betaalkenmerk van de uitbetaalde vergoeding te doen toekomen, zodat hij bij de bank hiernaar navraag kon doen. De partner van verzoeker heeft hierop geen antwoord ontvangen van de zorgverzekeraar. Uiteindelijk heeft hij de zorgverzekeraar drie opties voorgelegd: (i) het geld was overgemaakt en in dat geval wilde hij het betaalkenmerk vernemen, (ii) het geld was niet overgemaakt en dan wilde hij graag alsnog uitbetaling, of (iii) hij zou een klacht indienen. Ook hierop heeft de zorgverzekeraar niet gereageerd. De partner van verzoeker heeft daarom een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Verzoeker benadrukt dat deze klacht ging over het niet reageren van de zorgverzekeraar op de herhaalde verzoeken. En dus niet over het al dan niet plaatsvinden van de betaling.

De partner van verzoeker was zeer ontdaan toen hij door de brief van de zorgverzekeraar merkte dat er twee bij- of afschrijvingen leken te zijn verwijderd. Hij benadrukt dat hij alleen de zoekfunctie had gebruikt en dus niet alle, talrijke, pagina's had doorgeworsteld. Bij verzoeker is inmiddels sprake van een volgende, medische aandoening. Hierdoor heeft zijn partner in eerste instantie niet gereageerd op de brief van de zorgverzekeraar waarin de verdwenen bij- en afschrijvingen worden gemeld.

- 3.3. In het klachtenformulier van 29 juli 2024 heeft verzoeker opgemerkt dat de zorgverzekeraar terecht heeft gesteld dat een tweetal bij- of afschrijvingen ontbrak op de overgelegde bankafschriften. Dit was hem echter eerder niet opgevallen. Hij heeft ter aanvulling nog aangevoerd dat hij de aan zijn partner opgelegde maatregelen buitenproportioneel vindt, omdat deze niet de intentie had te frauderen of de zorgverzekeraar op te lichten. De ingediende klacht was gebaseerd op het niet beantwoorden van de e-mailberichten en de kennelijke weigering van de zorgverzekeraar duidelijkheid te verschaffen over de uitbetaling.
- 3.4. Ter zitting heeft de partner van verzoeker verklaard dat hij inmiddels de gevolgen van de - volgens hem - onterechte registratie van zijn persoonsgegevens ondervindt. Bij het inschrijven voor een beter toegankelijke woning, waarbij hij zijn financiële gegevens moest overleggen, is de aanvraag zonder opgave van redenen afgewezen. Hij vermoedt dat dit het gevolg is van de registratie. Daarnaast heeft een deurwaarder namens een anonieme opdrachtgever bij zijn werkgever geïnformeerd naar zijn inkomen teneinde loonbeslag te kunnen leggen. De partner van verzoeker heeft ter zitting benadrukt dat verzoeker lijdt aan PTSS en om die reden moet worden ontzien. Daarom heeft hij het contact met de zorgverzekeraar onderhouden. De partner van verzoeker heeft echter geen toegang tot diens bankrekening. Hij heeft dus niet zelf kunnen zoeken naar de betaling van de zorgverzekeraar. De partner van verzoeker herhaalt dat hij nooit heeft gezegd dat de zorgverzekeraar moest betalen, maar dat hij alleen bewijs wilde dat het betreffende bedrag was overgemaakt. Zo niet, dan moest de zorgverzekeraar alsnog tot vergoeding overgaan. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de partner van verzoeker toegelicht dat hij het volledige overzicht van bankafschriften, dat hij van verzoeker heeft ontvangen, heeft doorgestuurd naar de zorgverzekeraar. Hij wilde hierin niet gaan knippen en plakken, want hij wilde niet de indruk wekken dat hij iets achter hield. Volgens de zorgverzekeraar is bij e-mailbericht van 11 januari 2024 aan hem meegedeeld wat er was vergoed en wanneer de betaling was verricht, maar dat e-mailbericht heeft verzoeker of zijn partner niet ontvangen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 22 mei 2024 geconcludeerd dat de partner van verzoeker opzettelijk heeft getracht hem te misleiden door onterecht te stellen dat het bedrag van € 1.951,97 niet aan verzoeker was uitgekeerd. Dit met het oogmerk een dubbele uitkering van € 1.951,97 te ontvangen. De zorgverzekeraar heeft hiertoe aangevoerd dat de partner in zijn e-mailbericht van 11 januari 2024 heeft gesteld dat het bedrag van € 1.951,97 niet op de bankrekening van verzoeker is bijgeschreven. Ter onderbouwing van deze stelling heeft hij de bankafschriften van verzoeker over de periode van 1 juli 2022 tot en met 1 november 2023 overgelegd. Uit de administratie van de zorgverzekeraar blijkt dat de betreffende vergoeding wel degelijk is uitgekeerd. Bij controle van de aangeleverde bankafschriften is de zorgverzekeraar gebleken dat er twee bij- of afschrijvingen op 3 en 4 oktober 2024 zijn verwijderd. Dit betreft mogelijk de datum waarop de vergoeding is bijgeschreven. Bij brief van 9 april 2024 is de partner van verzoeker hierover geïnformeerd. Hij is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren. De zorgverzekeraar heeft, ook na een herinnering, geen reactie van hem ontvangen. Daarom heeft hij op grond van artikel 12, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering de onder 2.4 genoemde maatregelen opgelegd aan de partner van verzoeker.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 4 oktober 2024, gericht aan de commissie, een aantal nadere vragen beantwoord en het onderzoeksrapport overgelegd. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker sinds 1 januari 2023 bij hem is verzekerd, maar zijn partner niet. Daarnaast gevraagd, heeft de zorgverzekeraar niet kunnen verklaren waarom hij niet heeft gereageerd op de e-mailberichten van de partner van verzoeker, waarin deze heeft verzocht om meer informatie over de betaling van zorgkosten. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat hij bij e-mailbericht van 11 januari 2024 aan betrokkene heeft meegedeeld waaruit de betaling bestond en dat daarbij door hem expliciet is verwezen naar het digitale postvak. Verder heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij geen maatregelen heeft getroffen tegen verzoeker. Voor de onderbouwing van de tegen de partner van verzoeker getroffen maatregelen heeft de zorgverzekeraar verwezen naar het onderzoeksrapport, en meer in het bijzonder naar pagina 7. Op de betreffende pagina staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"8. Maatregelen

Er kan gesteld worden dat [naam partner] meerdere keren heeft aangegeven dat het bedrag van €1.951,97 niet is uitgekeerd en hiervoor een vervalst bankafschrift heeft aangeleverd. Aan de hand van de sanctiechecklist (bijlage 12) kan een maatregelenbrief worden opgesteld die aan de gemachtigde [naam partner] wordt verstuurd (bijlage 13). De volgende maatregelen worden genomen:

- Doorberekening onderzoekskosten,
- Opname in het incidentenregister,
- Opname in het EVR voor de duur van 1 jaar
- Waarschuwing.

Toelichting EVR-registratie [naam partner]

[Naam partner] heeft naast het meerdere keren ontkennen dat het bedrag van € 1.951,97 is uitgekeerd ook een vervalst bankafschrift aangeleverd met het oogmerk om ons te misleiden. Hij heeft immers met het aanleveren van het vervalste bankafschrift willen aantonen dat het bedrag van € 1.951,97 niet is uitgekeerd en daarmee getracht om het bedrag van € 1.957,97 twee keer uitgekeerd te krijgen. Hiermee is voldaan aan artikel 5.2.1. van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Uit proportionaliteitsoogpunt is gekozen om betrokkene voor 1 jaar in het EVR op te nemen."

Daarnaast is in het onderzoeksrapport een document opgenomen uit de administratie van de zorgverzekeraar, waaruit blijkt dat een bedrag van € 3.193,71 ter declaratie is ingediend. Hiervan is € 818,66 afgekeurd, en € 282,33 verrekend met het op dat moment nog openstaande eigen

risico. Verder is een bedrag van € 140,75 verrekend met een nog openstaande 'debiteurenpost' voor premie. Uiteindelijk is op 3 oktober 2023 € 1.951,97 uitbetaald aan verzoeker.

Verder vermeldt het onderzoeksrapport dat de partner van verzoeker op 11 januari 2024 heeft gesteld dat het bedrag van € 1.951,97 nooit is uitgekeerd aan verzoeker. Op 1 februari 2024 heeft betrokkene gemeld dat hij geen reactie heeft ontvangen van de zorgverzekeraar. Op 1 maart 2024 heeft hij de zorgverzekeraar gesommeerd de vastgestelde vergoeding onverwijld over te maken en heeft hij verklaard dat hij een klachtenprocedure bij de SKGZ zou starten. Op 5 april 2024 heeft de partner van verzoeker een klacht ingediend, waarbij hij opnieuw heeft gesteld dat de vergoeding nooit aan verzoeker is uitgekeerd. Onder het kopje 'evaluatie' wordt geconcludeerd dat de partner van verzoeker hiermee, en met het e-mailbericht van 3 januari 2024, heeft ontkend dat de vergoeding van € 1.951,97 door verzoeker is ontvangen.

- 4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat weliswaar enkele e-mailberichten van de partner van verzoeker onbeantwoord zijn gebleven, maar dat hem op 11 januari 2024 per e-mail is meegedeeld dat er reeds was betaald en wanneer die betaling had plaatsgevonden. De partner van verzoeker heeft, eveneens op 11 januari 2024, twee e-mailberichten gestuurd, en bij het tweede heeft hij de bankafschriften gevoegd. Naar aanleiding van deze bankafschriften is het onderzoek gestart. Er is tot op heden niet duidelijk geworden waarom namens verzoeker zoveel bankafschriften zijn toegezonden. Het gaat namelijk alleen om de afschriften van 2 en 3 oktober 2023, omdat toen de betaling is verricht. Evenmin is duidelijk waarom de overzichten witregels bevatten die zagen op 3 en 4 oktober 2023. De zorgverzekeraar merkt verder op dat hij ook een aantal brieven aan de partner van verzoeker heeft gestuurd, waarop niet door deze is gereageerd. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de primaire beslissing en de heroverweging zijn gericht aan de partner van verzoeker, omdat alleen met hem is gecommuniceerd. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar bevestigd dat hij geen maatregelen heeft getroffen tegen verzoeker, omdat niet duidelijk was of verzoeker op de hoogte was en door zijn partner is verklaard dat verzoeker in een lastige situatie zat. De grondslag voor de maatregelen tegen de partner van verzoeker is gelegen in artikel 12, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat de zorgverzekeraar ook derden kan aanspreken op door hem onterecht ontvangen bedragen. Daarnaast verwijst de zorgverzekeraar naar artikel 5.2.1 van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI).

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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 de verzekeringsvoorwaarden en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Veronderstelde fraude

- 6.2. De commissie merkt op dat zij uit de stellingen van partijen afleidt dat de kwestie van de al dan niet plaatsgevonden uitkering hen niet langer verdeeld houdt. Zij laat dit punt daarom rusten en zal eerst beoordelen of de zorgverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude. Daarna wordt ingegaan op de door de zorgverzekeraar tegen de partner van verzoeker getroffen maatregelen, de van hem gevorderde onderzoekskosten ten bedrage van € 250,- en de tegen verzoeker, bij wijze van waarschuwing, aangekondigde mogelijke maatregel.

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft geconcludeerd dat de partner van verzoeker het opzet heeft gehad hem te misleiden, zodat sprake zou zijn van fraude in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Op basis van die conclusie heeft de zorgverzekeraar een aantal maatregelen tegen de partner van verzoeker getroffen, zoals is vermeld onder 2.5. De maatregelen die de zorgverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in artikel 12, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.4. De commissie stelt vast dat verzoeker op 1 januari 2024 een formulier van de zorgverzekeraar heeft ondertekend waarmee hij zijn partner machtigt om namens hem zijn zorgverzekeringszaken te regelen. Dit is een volmacht als bedoeld in artikel 3:60 e.v. BW. In artikel 3:66 BW is bepaald dat een door de gevolmachtigde (de partner van verzoeker) binnen de grenzen van zijn bevoegdheid in naam van de volmachtgever (verzoeker) verrichte rechtshandeling in haar gevolgen de volmachtgever treft. Hieronder valt ook het aanleveren van stukken ten bewijze dat de zorgverzekeraar niet aan de op hem rustende verbintenis uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst heeft voldaan, met als doel de zorgverzekeraar ertoe te bewegen - alsnog of nogmaals - een schade-uitkering te doen.
- 6.5. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden het recht op uitkering vervalt. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de zorgverzekeraar hierin niet is geslaagd en licht dat hierna toe.
- 6.6. De partner van verzoeker heeft de afhandeling van de financiële zaken op enig moment overgenomen van verzoeker, die toen met psychische problemen kampte. In zijn hoedanigheid van gevolmachtigde heeft hij de zorgverzekeraar gevraagd om informatie over door verzoeker gedeclareerde zorgkosten die, volgens verzoeker, niet zouden zijn vergoed. De zorgverzekeraar heeft op 11 januari 2024 per e-mail geantwoord dat hij op 3 oktober 2023 een bedrag van € 1.951,97 heeft overgemaakt aan verzoeker. Voor verdere informatie heeft hij verwezen naar diens MijnStadHolland-account. De partner van verzoeker heeft ter zitting verklaard dat hij noch verzoeker dit e-mailbericht van de zorgverzekeraar heeft ontvangen. De partner van verzoeker heeft diezelfde dag wel per e-mail aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat geen bijschrijving op de bankrekening van verzoeker heeft plaatsgevonden. Als bewijs hiervan heeft hij bankafschriften van verzoeker meegestuurd. Hij heeft de zorgverzekeraar verzocht om het betaalkenmerk van de overschrijving, zodat hij dit aan de bank kon overleggen. De zorgverzekeraar heeft hier niet op gereageerd. De partner van verzoeker heeft de zorgverzekeraar op 1 februari 2024 een herinnering gestuurd. Bij e-mailbericht van 1 maart 2024 heeft hij de zorgverzekeraar nogmaals erop gewezen dat hij nog geen reactie had ontvangen en heeft hij deze de onder 3.2. genoemde opties voorgelegd. Bij uitblijven van een reactie heeft de partner van verzoeker op 5 april 2024 een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar.
- 6.7. De commissie leest in het onderzoeksrapport dat voornoemde e-mailberichten door de zorgverzekeraar worden beschouwd als een ontkenning door de partner van verzoeker dat een vergoeding zou zijn uitgekeerd. Hierbij valt op dat de tweede, in het e-mailbericht van 1 maart 2024 door betrokkene genoemde optie, namelijk het alsnog verstrekken van het betaalkenmerk en de overschrijvingsdatum door de zorgverzekeraar, niet wordt genoemd. Er wordt in het onderzoeksrapport niet ingegaan op het feit dat de partner van verzoeker bij herhaling heeft verzocht om aanvullende informatie over de betaling en dat hij, ook na herinneringen daartoe, geen reactie heeft gehad van de zorgverzekeraar. Verder is de commissie opgevallen dat het onderhavige dossier op 5 april 2024 is doorgezet naar de afdeling Bijzonder Onderzoek. Dit is ook de dag waarop de partner van verzoeker de klacht heeft ingediend over het uitblijven van een

reactie op zijn eerdere e-mailberichten. Overigens blijkt uit het dossier niet dat de zorgverzekeraar heeft geantwoord naar aanleiding van de ingediende klacht.

- 6.8. De commissie merkt op dat door de zorgverzekeraar ter zitting is verklaard dat de toegezonden bankafschriften aanleiding vormden tot het fraudeonderzoek. Het was namelijk opgevallen dat deze een lange periode (1 juli 2022 tot 1 november 2023) besloegen en, bij verdere bestudering, witregels vertoonden. Door de partner van verzoeker is in dit verband verklaard dat hij geen toegang had tot verzoekers bankrekening en dat verzoeker hem de desbetreffende bankafschriften ter beschikking heeft gesteld. Op 11 januari 2024 heeft de partner van verzoeker de stukken aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- Het is opmerkelijk dat verzoeker noch zijn partner het e-mailbericht van 11 januari 2024, waarin de informatie staat over de afwikkeling van de declaratie, heeft ontvangen. Tevens is opvallend dat bij de bankafschriften twee bij- en/of afschrijvingen rondom de datum van overschrijving door de zorgverzekeraar ontbreken. Hieraan kan echter niet de conclusie worden verbonden dat de partner van verzoeker het opzet heeft gehad de zorgverzekeraar te misleiden, met name door deze twee bij- en/of afschrijvingen achter te houden of te verwijderen uit de aan hem door verzoeker ter beschikking gestelde bankafschriften. Dit laatste is althans niet aangetoond door de zorgverzekeraar. Ook uit het verdere handelen van de partner van verzoeker valt dit niet te concluderen. Zo heeft hij verschillende keren gevraagd om een specificatie van de betaling, zonder te suggereren dat deze niet zou zijn verricht. In zijn e-mailbericht van 11 januari 2024 vermeldt hij nadrukkelijk dat hij de informatie verzoekt om navraag te kunnen doen bij de bank. Bij e-mailberichten van 1 februari 2024 en 1 maart 2024 stuurde hij een rappel.
- Hieruit valt op te maken dat het de partner van verzoeker erom te doen was te kunnen vaststellen of het bedrag al dan niet door de zorgverzekeraar aan verzoeker was overgemaakt en op diens rekening was ontvangen. De zorgverzekeraar heeft niet gereageerd op deze e-mailberichten van de partner van verzoeker. Daarnaast gevraagd heeft de zorgverzekeraar in zijn reactie aan de commissie van 4 oktober 2024 hiervoor geen verklaring kunnen geven. Alles overwegende concludeert de commissie daarom dat niet kan worden gesproken van fraude. De vraag of de partner van verzoeker heeft gehandeld binnen de grenzen van zijn bevoegdheid behoeft om die reden geen beantwoording.

Getroffen maatregelen, aangekondigde maatregel, verhaal onderzoekskosten

- 6.9. Aangezien onder 6.8. is geconcludeerd dat geen sprake is van fraude, mocht de zorgverzekeraar niet overgaan tot de door hem bij brief van 22 mei 2024 aangekondigde maatregelen. Hier komt bij dat deze maatregelen blijkens die brief zijn opgelegd op grond van artikel 12, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat geen maatregelen zijn opgelegd aan verzoeker, maar uitsluitend aan de partner van verzoeker persoonlijk. Deze laatste is echter geen partij bij de verzekeringsovereenkomst, zodat de maatregelen ook daarom niet op basis van artikel 12, vijfde lid, van de voorwaarden aan hem konden worden opgelegd. Dat de maatregelen zijn gebaseerd op artikel 5.2.1 van het PIFI valt niet op te maken uit de brief van 22 mei 2024.
- De registratie van de persoonsgegevens van de partner van verzoeker in het incidentenregister en het EVR dient ongedaan te worden gemaakt. Hetzelfde geldt voor de melding bij het CBV, zoals vermeld in de heroverweging. Het ligt voorts op de weg van de zorgverzekeraar om de in voornoemde brief opgenomen waarschuwing - dat de verzekeringsovereenkomst van verzoeker kan worden beëindigd als door de zorgverzekeraar wordt vastgesteld dat de partner van verzoeker nogmaals is betrokken bij een incident - in te trekken. Voor zover hiervan een aantekening is gemaakt in de administratie van de zorgverzekeraar - hetgeen overigens niet in het dossier is vermeld - dient deze te worden verwijderd.

De zorgverzekeraar dient tot slot de vordering ter zake van de onderzoekskosten ten bedrage van € 250,- te laten vervallen. In het geval deze al (deels) zijn voldaan door verzoeker of diens partner, dient de zorgverzekeraar het betaalde te restitueren. Nu het verzoek wordt toegewezen, ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

Slotson

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

(i) het verzoek wordt toegewezen;

(ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 27 december 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

EERSTELIJNSDIAGNOSTIEK

Geneeskundige zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), voor zover dit diagnostische onderzoeken in opdracht van een eerstelijns zorgaanbieder betreft.

EIGEN BIJDRAGE

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar waarvan wettelijk is bepaald dat een verzekerde die gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan bijvoorbeeld een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een overzicht van alle eigen bijdragen is opgenomen in Bijlage 2 van deze polisvoorwaarden.

Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Het eigen risico en de eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

EIGEN RISICO

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

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

ERGOTHERAPEUT

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

EU- EN EER-STAAT

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

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

FARMACEUTISCHE ZORG

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

FRAUDE

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

c. *Gevolgen bij niet meewerken*

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u niet meewerkt onze kosten te verhalen.

LID 4 **GANG VAN ZAKEN BIJ NIET-NAKOMEN VERPLICHTINGEN**

Vermindering vergoedingsplicht

Als u de verplichtingen zoals genoemd in deze polisvoorwaarden niet nakomt, kunnen wij de vergoeding verminderen met de schade die wij daardoor lijden.

Vervallen van het recht op vergoeding

Als u de verplichtingen zoals genoemd in deze polisvoorwaarden niet nakomt, kan uw recht op vergoeding komen te vervallen als wij daardoor in onze redelijke belangen zijn geschaad.

Uiterlijke declaratietermijn

Volgens de wet moet u de originele nota binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend bij ons hebben ingediend. Ontvangen wij uw nota later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.

LID 5 **FRAUDE**

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

Als wij vermoeden dat sprake is van fraude zullen wij daartoe een onderzoek (laten) instellen.

Gedurende dit onderzoek gaan wij niet over tot uitbetaling van uw declaratie(s). Als wij na onderzoek van oordeel zijn dat daadwerkelijk sprake is van fraude dan:

- a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, waaronder alle ingediende declaraties van het declaratieformulier, en ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
- b. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;
- c. kunnen wij de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen en zullen wij in dat geval gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten;
- d. zullen wij u voor vijf jaar intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij de politie;

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

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 3

Artikel 60

1. Volmacht is de bevoegdheid die een volmachtgever verleent aan een ander, de gevolmachtigde, om in zijn naam rechtshandelingen te verrichten.
2. Waar in deze titel van rechtshandeling wordt gesproken, is daaronder het in ontvangst nemen van een verklaring begrepen.

Artikel 66

1. Een door de gevolmachtigde binnen de grenzen van zijn bevoegdheid in naam van de volmachtgever verrichte rechtshandeling treft in haar gevolgen de volmachtgever.
2. Voor zover het al of niet aanwezig zijn van een wil of van wilsgebreken, alsmede bekendheid of onbekendheid met feiten van belang zijn voor de geldigheid of de gevolgen van een rechtshandeling, komen ter beoordeling daarvan de volmachtgever of de gevolmachtigde of beiden in aanmerking, al naar gelang het aandeel dat ieder van hen heeft gehad in de totstandkoming van de rechtshandeling en in de bepaling van haar inhoud.