

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ groep u.a., beide te Tilburg
Zaak	: Veronderstelde fraude, beëindiging zorgverzekering, opname persoonsgegevens in Gebeurtenissenadministratie en Intern Verwijzingsregister, en in intern incidentenregister en in Extern Verwijzingsregister, niet vergoeden van gedeclareerde nota's, terugvordering van uitgekeerde vergoedingen, vordering onderzoekskosten
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2018, 2021 en 2022, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, 2021 en 2022, art. 7:941 BW
Zaaknummer	: 202201619
Zittingsdatum	: 5 juli 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen op 19 december 2022 gevraagd de bemiddeling te staken en het dossier over te dragen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie), zodat de commissie een uitspraak kan doen. Op 23 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 13 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 april 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar nog schriftelijk mocht reageren op de twee in het dossier genoemde telefoonnummers. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 juli 2023 niet alleen een toelichting gegeven op voornoemde telefoonnummers, maar ook op de 'checklist maatregelen' en de basis van de Gebeurtenissenadministratie, het IVR en het incidentenregister en de wijze waarop de registratieduur wordt vastgesteld. Een kopie van deze brief is op 17 juli 2023 aan verzoekster gezonden, waarbij is verwezen naar de ter zitting gemaakte afspraak. Verzoekster heeft hierbij de mogelijkheid gekregen te reageren op de brief van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft hiervan bij brief van 24 juli 2023 gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 27 juli 2023 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
De commissie overweegt dat ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar nog mocht reageren op de twee in het dossier genoemde telefoonnummers en dat verzoekster hierop mocht reageren. Daarom wordt hetgeen de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 12 juli 2023 heeft gesteld alleen toegelaten voor zover dit betrekking heeft op de telefoonnummers. Het overige wordt buiten de procedure gehouden. Ook voor de reactie van verzoekster van 24 juli 2023 geldt dat alleen de argumenten betreffende de telefoonnummers worden toegelaten. Voor zover de argumenten betrekking hebben op andere onderdelen - al dan niet genoemd door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 12 juli 2023 - worden deze buiten de procedure gelaten. Het had op de weg van partijen gelegen om de overige standpunten en toelichtingen eerder in de procedure naar voren te brengen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was van 2018 tot en met 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op drie verschillende data drie nota's voor mondzorg op naam van verzoekster ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's, in het kader van een formele controle, voorgelegd aan de betrokken zorgaanbieder met het verzoek hierop te reageren. Naar aanleiding van de reactie van de zorgaanbieder is de ziektekostenverzekeraar een fraudeonderzoek gestart.
- 3.3. Bij brief van 20 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat bij hem het vermoeden was ontstaan dat verzoekster drie valselijk opgemaakte nota's voor mondzorg bij hem had ingediend. Na onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat sprake is van fraude. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom aangekondigd de volgende maatregelen aan verzoekster op te leggen:
- de drie gedeclareerde nota's, ten bedrage van totaal € 2.244,24, worden niet vergoed. De vergoedingen die verzoekster reeds heeft ontvangen, moet zij terugbetalen;
 - in de toekomst voert de ziektekostenverzekeraar een verscherpte controle uit op de door verzoekster ter declaratie ingediende nota's;
 - de zorgverzekering wordt met ingang van 15 juni 2022 beëindigd;
 - verzoekster mag de komende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of één van de verzekeraars van het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort;
 - de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte onderzoekskosten ten bedrage van € 523,75 worden van verzoekster gevorderd;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 20 mei 2030 geregistreerd in de interne Gebeurtenissenadministratie, het interne incidentenregister en het Interne Verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 20 mei 2030 opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: het EVR).
- Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop binnen 14 dagen schriftelijk een reactie te geven. Bij brief van 20 juni 2022 heeft verzoekster gereageerd.
- 3.4. Bij brief van 19 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat verzoekster heeft gefraudeerd door drie niet waarheidsgetrouwe facturen in te dienen. De in de brief van 20 mei 2022 aangekondigde maatregelen worden daarom definitief aan verzoekster opgelegd.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 21 juli 2022 verzocht om het e-mailadres van de afdeling Juridische Zaken, zodat zij een verzoek om heroverweging kan indienen. Verder merkt verzoekster op dat zij ervan uitgaat dat de maatregelen worden opgeschort tot de procedure bij de afdeling Juridische Zaken is doorlopen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster dezelfde dag meegedeeld dat hij, in afwachting van de informatie van verzoekster, de door hem aangekondigde maatregelen nog niet ten uitvoer zal brengen tot is besloten op het verzoek om heroverweging.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierop om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 19 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij geen fraude heeft gepleegd, en dat in het verlengde daarvan de door de ziektekostenverzekeraar in dit verband getroffen maatregelen komen te vervallen.
- 4.2. Verzoekster ontkent dat zij frauduleus heeft gehandeld. In haar brief van 20 juni 2022 stelt verzoekster dat zij de betreffende nota's niet ter declaratie heeft ingediend. Zij had bovendien haar budget voor mondzorg al volgemaakt, dus het indienen van declaraties was weinig zinvol.

Verzoekster heeft twee behandelingen ondergaan bij de zorgaanbieder en de kosten hiervan zouden ongeveer € 700,- bedragen. De nota van 16 december 2021 van € 716,89 is correct. Deze nota heeft zij op 16 juni 2022 ontvangen. In de berichten van de ziektekostenverzekeraar wordt erkend dat deze nota is verstuurd. Er valt niet in te zien waarom dit als fraude wordt bestempeld. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde nota ten bedrage van € 716,89, die op 7 februari 2022 is gedeclareerd, is echter niet door verzoekster gedeclareerd. Verzoekster merkt op dat zij de kosten van de tweede behandeling op 20 juni 2022 nog niet had betaald. Zij wilde de nota namelijk zoals gewoonlijk via Infomedics ontvangen, omdat zij met deze organisatie dan een betalingsregeling kan afspreken.

Ten aanzien van de begroting van 24 februari 2022 merkt verzoekster op dat zij deze wel in haar mail heeft gezien, maar dat zij hier verder niets mee heeft gedaan. Zij heeft deze dus niet ter declaratie ingediend. Zij heeft ook geen reden om dit te doen, terwijl de behandeling nog niet is uitgevoerd. Bovendien is de begroting gericht aan iemand anders dan verzoekster. Kennelijk klopt de administratie van de zorgaanbieder niet. In dat kader merkt verzoekster op dat meerdere personen toegang lijken te hebben tot het mailadres waar vandaan de nota's worden verstuurd. Het is niet uit te sluiten dat het bij de zorgaanbieder verkeerd gaat.

Door de zorgaanbieder is verklaard dat het patiëntnummer op de nota's niet overeenkomt. Verzoekster is eerder bij deze zorgaanbieder geweest en weet dus wat haar patiëntnummer is. Dat op de nota's een verkeerd patiëntnummer is vermeld, geeft volgens verzoekster blijk van het feit dat zij de nota's niet heeft vervalst. Anders zou namelijk het juiste nummer wel zijn vermeld.

Verzoekster heeft aanvankelijk niet gezien dat op 17 januari 2022 € 405,34 en op 3 maart 2022 € 313,56 op haar rekening was gestort. Zij kijkt weinig op haar rekeningafschriften, omdat zij bij het inloggen hulp van een derde nodig heeft. Zij is niet kundig genoeg om dit zelf bij te houden. Gebleken is dat alleen het bedrag van € 405,34 op de rekening van verzoekster is gestort. De bedragen van € 716,89 en € 1.122,33 heeft zij niet ontvangen. Verzoekster weet niet waar deze declaraties vandaan komen. Op 3 maart 2022 is een bedrag van € 313,56 op haar rekening gestort. Omdat zij niet wist waarom dit bedrag was overgemaakt, heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om opheldering te krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop enkel verteld dat zij werd verdacht van frauduleus handelen.

Verzoekster merkt op dat de nota's volgens de ziektekostenverzekeraar aantoonbaar door haar zijn ingediend. Dit kan echter niet zonder meer worden gesteld. Er is niet gebleken dat zij de nota's zelf heeft ingediend. Er is bijvoorbeeld niet genoemd vanaf welke gegevensdrager de nota's zijn ingediend. Bovendien dient verzoekster nooit zelf nota's ter declaratie in. De nota's van de tandarts worden altijd rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Als een nota niet wordt vergoed, ontvangt verzoekster deze nota per post van de zorgaanbieder dan wel van Infomedics.

Verzoekster benadrukt dat zij niet vaardig is met de computer. Tot het bewerken van nota's is zij niet in staat. Verzoekster vermoedt dat haar ex-partner de valse nota's heeft ingediend. Zij

is echter pas medio 2022 ervan op de hoogte geraakt dat hij toegang had tot haar e-mailadres en DigiD. Zij heeft met behulp van het Juridisch Loket een nieuwe DigiD aangevraagd en haar wachtwoorden veranderd.

Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat verzoekster hem op 11 januari 2022, 14 januari 2022 en 4 maart 2022 heeft gebeld. Verzoekster betwist dat zij contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen om te informeren naar de stand van zaken met betrekking tot de ingediende declaraties. Zij had immers geen declaraties ingediend. Bovendien blijkt uit de notities niet vanaf welk telefoonnummer is gebeld, welke medewerker de gesprekken heeft gevoerd, en hoe de identiteit van de beller is vastgesteld.

Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende heeft gedaan om haar te helpen bij het opsporen van frauduleuze handelingen. De eerste valse nota zou op 7 februari 2022 zijn ingediend. De ziektekostenverzekeraar had toen bij haar navraag kunnen doen. In plaats daarvan is verzoekster pas in mei 2022 over de vermoedelijke fraude geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster kan zich niet vinden in de door de ziektekostenverzekeraar opgelegde maatregelen. De beëindiging van haar zorgverzekering is buitenproportioneel. Zij is een alleenstaande moeder met twee kinderen en zij beschikt niet over de middelen om een andere verzekeraar te vinden. De opname van haar persoonsgegevens mag alleen als hiervoor voldoende grond is. De verdenking van fraude moet zwaarder zijn dan een redelijk vermoeden van schuld. Hiervan is in de onderhavige situatie echter geen sprake. Bovendien kan de opname tot gevolg hebben dat verzoekster en haar kinderen in de toekomst geen aanspraak meer kunnen maken op noodzakelijke zorg. Ook kan zij worden geweigerd door vele organisaties, terwijl haar geen verwijt kan worden gemaakt. Ten aanzien van de onderzoekskosten merkt verzoekster op dat het niet aan de ziektekostenverzekeraar is om te beoordelen of de uitspraken van verzoekster onjuist zijn. Zij heeft juiste verklaringen afgelegd, hetgeen betekent dat de ziektekostenverzekeraar geen onderzoekskosten in rekening mag brengen. Daarbij gaat het om een vermoeden van fraude en staat niet vast dat verzoekster daadwerkelijk fraude heeft gepleegd. Daarnaast zijn de uitspraken van de ziektekostenverzekeraar niet gebaseerd op nauwgezet en deugdelijk onderzoek. Ook is het niet redelijk en billijk deze kosten bij haar in rekening te brengen, omdat zij niet de financiële middelen heeft om dit bedrag te voldoen.

- 4.3. In het verzoek om heroverweging van 2 augustus 2022 stelt verzoekster dat zij op 21 mei 2022 geen e-mailbericht heeft gestuurd naar de ziektekostenverzekeraar om haar zorgverzekering op te zeggen. Zij heeft alleen op 23 mei 2022 een e-mailbericht naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd om door te geven dat zij die dag niet bereikbaar was.
- 4.4. Verzoekster stelt in haar brief van 29 september 2022 dat de ziektekostenverzekeraar geen deugdelijk onderzoek heeft verricht. Verzoekster merkt op dat zij niet wist dat zij aangifte moest doen van identiteitsfraude. Dit heeft zij pas gedaan nadat haar advocaat haar hierop wees. Daarbij is de aangifte niet specifiek gericht op haar ex-partner, omdat zij slechts een vermoeden heeft dat hij de fraude heeft gepleegd. Verzoekster wil niemand beschuldigen als zij niet zeker weet dat betrokkene schuldig is. Verzoekster benadrukt dat zij niet "comptabel [is] met computers en telefoons". Hierdoor heeft zij niet gezien dat door de ziektekostenverzekeraar een bedrag op haar rekening was gestort. Als zij dit had gezien en dit bij haar ook vraagtekens had opgeroepen, had ze het uiteraard gemeld. Verzoekster stelt dat zij de ziektekostenverzekeraar niet heeft gebeld op de dagen dat dit bij hem staat geregistreerd. Dit blijkt ook uit de bij haar provider opgevraagde belhistorie. Als gevolg van de registratie van haar persoonsgegevens in de diverse registers heeft verzoekster ervaren dat zij vrijwel geen andere zorgverzekering kan afsluiten. Zij kan in ieder geval niet de benodigde verzekeringen afsluiten. Verder vindt verzoekster dat de onderzoekskosten ten onrechte in rekening zijn gebracht. Zij kan deze kosten niet voldoen. Hierdoor heeft zij een betalingsachterstand en daardoor willen andere verzekeraars haar niet verzekeren. Bovendien blijkt niet waar het bedrag van € 523,75 op is gebaseerd. De ziektekostenverzekeraar had deugdelijk moeten motiveren waarom er kosten in rekening worden gebracht.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, toegelicht dat zij geen bezwaar (meer) maakt tegen de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering en de verscherpte controle bij de ziektekostenverzekeraar. Het geschil betreft dus de conclusie dat zij heeft gefraudeerd, de opname van haar gegevens in de diverse registers, de periode van vijf jaren dat zij geen verzekering kan afsluiten bij de andere verzekeraars die tot hetzelfde concern behoren als de ziektekostenverzekeraar en het vorderen van de onderzoekskosten.
- Verzoekster betwist niet dat de zorg, die op de nota's is vermeld, niet heeft plaatsgevonden. Ook betwist zij niet dat de nota's vals zijn. Zij benadrukt nogmaals dat zij de nota's niet heeft vervalst en dat zij de valse nota's niet ter declaratie heeft ingediend.
- In aanvulling op de eerder door haar aangevoerde argumenten heeft zij nog aangevoerd dat de opname in de eerder genoemde registers voor haar onredelijk bezwarend is. Als gevolg van de opname in de registers, is sprake van een beperking bij de keuze voor een verzekeraar, en zij heeft hierdoor dus hogere kosten.
- Verzoekster merkt op dat bij de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities niet is vermeld van welk telefoonnummer is gebeld. Het is dus niet zeker dat hierbij van het nummer van verzoekster is gebeld. Ook wordt in de notities niet vermeld hoe de identiteit van de beller is geverifieerd.
- Daarnaar expliciet door de commissie gevraagd, heeft verzoekster verklaard dat zij de politie heeft gesproken over de status van haar aangifte van identiteitsfraude, maar dat haar is verteld dat zij hierover nog bericht krijgt.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 4.7. Verzoekster heeft bij brief van 24 juli 2023 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 juli 2023. Verzoekster herhaalt dat niet is aangetoond met wie de ziektekostenverzekeraar tijdens de betreffende telefoongesprekken heeft gesproken. Verzoekster benadrukt nogmaals dat zij niet heeft gebeld. Daarnaast blijkt uit één van de bijlagen van de ziektekostenverzekeraar dat met een ander nummer is gebeld. Verzoekster benadrukt voorts dat het andere telefoonnummer, dat door de ziektekostenverzekeraar is genoemd, niet van haar is. Het nummer is haar onbekend. Deze informatie lijkt achteraf te zijn gecorrigeerd. Verzoekster concludeert dat de ziektekostenverzekeraar geen deugdelijk onderzoek heeft verricht.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 mei 2022 aan verzoekster meegedeeld dat hij op 2 mei 2022 een signaal heeft ontvangen over een mogelijk frauduleus handelen en dat hij om die reden een onderzoek is gestart. De ziektekostenverzekeraar heeft de drie nota's bij de zorgaanbieder geverifieerd. Dit betreft de nota van 10 januari 2022 die is gedeclareerd op 11 januari 2022, de nota van 20 december 2018 die is gedeclareerd op 7 februari 2022, en de nota van 23 februari 2022 die is gedeclareerd op 24 februari 2022. De zorgaanbieder heeft verklaard dat hij deze nota's niet heeft opgemaakt en ook niet aan verzoekster heeft overhandigd. De inhoud van de nota's is niet in overeenstemming met de werkelijkheid. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren.

Na ontvangst van de reactie van verzoekster van 20 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn bevindingen bij brief van 19 juli 2022 toegelicht. De betrokken zorgaanbieder heeft mondeling en schriftelijk verklaard dat hij de drie gedeclareerde nota's niet heeft opgemaakt. De nota van € 716,89 is door de zorgaanbieder op 6 december 2021 per e-mail naar verzoekster gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota, via het persoonlijk digitaal toegangskanaal van verzoekster, ter declaratie ontvangen, maar deze versie was voorzien van een andere datum. Verzoekster heeft verklaard dat zij de betreffende nota pas op 16 juni 2022 heeft ontvangen, maar zij heeft hierbij niet verwezen naar het e-mailbericht van 6 december 2021. Verder is de

ziekttekostenverzekeraar opgevallen dat de optelsom van de nota's van € 405,34 en € 716,89 gelijk is aan het totaalbedrag op de op 24 februari 2022 ingediende nota.

De nota's zijn ingediend door middel van een digitaal declaratieformulier waarop het e-mailadres van verzoekster stond vermeld. Voor het indienen van nota's moet worden ingelogd met het persoonlijk e-mailadres en de DigiD code of een telefonisch ontvangen code. Verzoekster is zelf verantwoordelijk voor het veilig houden van haar persoonsgegevens.

Verzoekster heeft erkend dat zij op basis van de gedeclareerde nota's twee betalingen heeft ontvangen. Zij stelt weliswaar hierover te hebben gebeld, maar dit blijkt niet uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar.

Verzoekster heeft op 21 mei 2022 de aankondigingsbrief van het fraudeonderzoek ontvangen. Diezelfde dag bereikte de ziektekostenverzekeraar per e-mail een verzoek tot opzegging van de verzekering van verzoekster. Deze reactie vindt de ziektekostenverzekeraar opvallend.

Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoekster op 11 januari 2022, 14 januari 2022 en 4 maart 2022 heeft gebeld om de vragen hoe het staat met de afhandeling van de door haar gedeclareerde nota's. Er is toen gebeld vanaf het telefoonnummer dat verzoekster heeft vermeld in haar e-mailbericht van 23 mei 2022. Hiermee staat vast dat verzoekster zelf heeft gebeld over de door haar ingediende nota's.

- 5.2. In de heroverweging van 19 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verder nog opgemerkt dat verzoekster heeft gesteld dat sprake is van identiteitsfraude. Zij is op 20 mei 2022 op de hoogte gesteld van het fraudeonderzoek, maar heeft pas op 23 juli 2022 aangifte gedaan van identiteitsfraude. Volgens verzoekster was zij verwickeld in een echtscheidingszaak en is aannemelijk dat haar ex-partner heeft ingelogd op haar account. Uit het proces-verbaal blijkt echter niet dat zij expliciet aangifte heeft gedaan tegen haar ex-partner.

Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat twee betalingen van totaal € 718,90 hebben plaatsgevonden op het bankrekeningnummer van verzoekster. Zij had dus tijdig kunnen constateren dat zij verschillende betalingen had ontvangen zonder dat zij zelf nota's had ingediend. Het had op haar weg gelegen dit te signaleren en hiernaar te informeren bij de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft zij echter niet gedaan.

In het proces-verbaal is vermeld dat verzoekster begin januari 2022 haar telefoon is kwijtgeraakt en dat zij deze na drie dagen heeft geblokkeerd en tevens een nieuwe simkaart heeft aangevraagd. Gegeven de blokkade is onverklaarbaar hoe een derde de ziektekostenverzekeraar met de telefoon van verzoekster kan hebben gebeld. Er is immers ook op 4 maart 2022 nog naar de ziektekostenverzekeraar gebeld vanaf het telefoonnummer van verzoekster.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de gevolgen komen door het eigen handelen van verzoekster. De stukken spreken voor zich. Op de nota's staat het e-mailadres van verzoekster en een vergoeding is aan haar betaald. Er is met haar telefoon gebeld om te informeren naar de nota's, hierbij is hetzelfde nummer gebruikt als zij lopende het onderzoek heeft doorgegeven. In een nota is geknipt en geplakt. Dit komt uit een eerdere nota die door de tandarts aan verzoekster is gemaald. De drie nota's hebben alle drie hetzelfde factuurnummer.
- Daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de opzegging van de verzekeringen door verzoekster niet in het dossier zit. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd om na te gaan waarom er twee verschillende telefoonnummers worden genoemd bij de op verschillende momenten overgelegde telefoonnotities en de commissie hierover schriftelijk te informeren.
- Ten aanzien van de vraag van de commissie naar de op de 'checklist maatregelen' aangevinkte vakje 'zelfde modus operandi bij andere verzekeraars' moet de ziektekostenverzekeraar het antwoord schuldig blijven.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij heeft aangesloten bij de gedragscode van het Verbond van Verzekeraars en deze dus ook hanteert.

- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 juli 2023 aangevoerd dat boven de overgelegde telefoonnotities het telefoonnummer staat dat hij in zijn administratie had staan. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in het verleden veelvuldig vanaf dit telefoonnummer is gebeld. Dit blijkt ook uit het door de ziektekostenverzekeraar bijgevoegde overzicht. De in de procedure overgelegde telefoonnotities hebben, zoals eerder is gesteld, betrekking op telefoongesprekken vanaf een ander telefoonnummer. Dit betreft het nummer dat verzoekster zelf per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar heeft doorgegeven.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (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.

Veronderstelde fraude

- 7.2. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt - blijkens het slot van genoemde bepaling - alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.

Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.

Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.

- 7.3. Het voorgaande is in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel A.6.4. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang.

- 7.4. Verzoekster heeft ter zitting bevestigd dat de zorg, die op de nota's is vermeld, niet heeft plaatsgevonden. Dat de betreffende nota's vals zijn, is dus niet in geschil.
- 7.5. De volgende stap is vast te stellen of verzoekster verantwoordelijk kan worden gehouden voor het indienen van de valselijk opgemaakte nota's. Verzoekster heeft weliswaar aangevoerd dat zij niet digitaal vaardig is, en dus geen nota's kan vervalsen, maar ook in het geval een derde de nota's heeft vervalst en verzoekster deze heeft ingediend dan wel deze met haar medeweten zijn ingediend, is zij hiervoor verantwoordelijk te houden.

De nota's zijn ingediend via MijnCZ, de persoonlijke, digitale omgeving van verzoekster. Hiervoor moet worden ingelogd met DigiD. Aangezien algemeen bekend is dat men - met het oog op de veiligheid - gebruikersnaam en inlogcode hiervan niet met anderen moet delen, mocht de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaan dat verzoekster de betreffende nota's zelf ter declaratie had ingediend. Het is vervolgens aan verzoekster om aannemelijk te maken dat, zoals door haar is gesteld, iemand anders zonder haar medewerking en medeweten gebruik heeft gemaakt van haar DigiD en haar digitale omgeving bij de ziektekostenverzekeraar om de valselijk opgemaakte nota's in te dienen. Verzoekster heeft in dit verband verschillende argumenten aangevoerd.

Verzoekster heeft in dit verband als belangrijkste argument aangevoerd dat zij het slachtoffer is geworden van identiteitsfraude. Zij vermoedt dat haar ex-partner hiervoor verantwoordelijk is. Verzoekster heeft weliswaar aangifte gedaan van identiteitsfraude, maar heeft hierbij niet vermeld dat zij vermoedt dat haar ex-partner de dader is. Ter zitting heeft verzoekster, daarnaar gevraagd, verklaard dat zij van de politie nog geen inhoudelijke reactie heeft gehad op de aangifte. De commissie merkt op dat de argumentatie van verzoekster niet kan overtuigen, in die zin dat het door haar uitgesproken vermoeden niet zonder meer tot de conclusie leidt dat haar ex-partner - of eventueel een derde - zonder haar medewerking of medeweten gebruik heeft gemaakt van haar persoonsgegevens. Dat door haar aangifte is gedaan, maakt dit niet anders.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat de nota van 23 februari 2022 niet op haar naam staat. Dit is correct. Uit het declaratieformulier van 24 februari 2022 blijkt dat deze nota is gedeclareerd als zijnde zorg die door de dochter van verzoekster is genoten. De op de nota vermelde achternaam en geboortedatum van de dochter en het adres komen overeen met de gegevens die zijn vermeld op het polisblad. Alleen de voorletter die is vermeld, wijkt af. Verzoekster treedt in dit verband op als verzekeringnemer en is daarmee gerechtigd tot eventuele uitkeringen.

Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat zij niet digitaal vaardig is en daarom niet zelf nota's kan indienen via de digitale omgeving van de ziektekostenverzekeraar. Ook heeft zij verklaard dat zij nooit zelf nota's declareert. Die enkele stelling is onvoldoende om te concluderen dat verzoekster - dan wel iemand anders met haar medewerking of medeweten - de betreffende nota's niet ter declaratie heeft ingediend.

Verzoekster heeft verder in haar brief van 20 juni 2022 gesteld dat de nota van 16 december 2021 correct is. Zij heeft de zorg, die met deze nota is gefactureerd, ontvangen. Van deze nota heeft de ziektekostenverzekeraar echter niet beweerd dat deze vals is en de beschuldiging van fraude ziet dus ook niet op deze nota.

Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat verzoekster niet erin is geslaagd om aannemelijk te maken dat iemand anders zonder haar medewerking en medeweten gebruik heeft gemaakt van haar DigiD en haar digitale omgeving bij de ziektekostenverzekeraar om de valselijk opgemaakte nota's in te dienen.

- 7.6. Met betrekking tot de standpunten en de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar is de commissie een aantal punten opgevallen. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster driemaal heeft gebeld om te vragen naar de stand van zaken betreffende

de afhandeling van de door haar gedeclareerde nota's. In de brieven van 19 juli 2022 en 19 september 2022 vermeldt de ziektekostenverzekeraar het telefoonnummer dat verzoekster ook in haar e-mailbericht van 23 mei 2022 noemt. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de reactie aan de commissie van 13 april 2023 de telefoonnotities, die van de drie gesprekken zijn gemaakt, gevoegd. Bij deze telefoonnotities staat echter een ander telefoonnummer vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft - hiertoe door de commissie in de gelegenheid gesteld - ná de hoorzitting hierop een toelichting gegeven. Deze toelichting is door verzoekster op 24 juli 2023 weersproken. De commissie overweegt dat uit het dossier niet blijkt dat het telefoonnummer, dat volgens de ziektekostenverzekeraar in zijn administratie stond, ook daadwerkelijk destijds door verzoekster is doorgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar een overzicht aan de commissie gezonden, waaruit blijkt dat met dit nummer een aantal keren contact is opgenomen, maar hieruit blijkt niet dat deze gesprekken betrekking hebben op verzoekster. Uit een andere bijlage blijkt dat driemaal is gebeld met het telefoonnummer dat verzoekster op 23 mei 2022 per e-mail heeft doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster, op de dag dat zij de brief met de bevindingen van het fraudeonderzoek had ontvangen, haar verzekering heeft opgezegd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit opvallend. Verzoekster heeft hier tegenin gebracht dat zij een dergelijk e-mailbericht niet heeft verstuurd. De commissie stelt vast dat in het dossier geen e-mailbericht van 21 mei 2022 van verzoekster aanwezig is, reden voor de commissie om deze stelling van de ziektekostenverzekeraar, als zijnde niet onderbouwd, te passeren.

Voorts is de commissie opgevallen dat bij de checklist voor de te nemen maatregelen in het kader van fraude ook is aangevinkt dat sprake is van dezelfde modus operandi die is gehanteerd bij meerdere verzekeraars. Hiervan blijkt evenwel niets uit het dossier, zodat de commissie ervan uitgaat dat hiervan geen sprake is. De ziektekostenverzekeraar kon hierover ter zitting geen duidelijkheid geven. Verder blijkt uit deze checklist dat met het wegvallen van deze omstandigheid verzoekster in een lagere categorie zou uitkomen.

- 7.7. Alles overwegende concludeert de commissie dat de drie gedeclareerde nota's vals zijn. Deze nota's zijn via het persoonlijke, digitale portaal van verzoekster ter declaratie ingediend. Verzoekster heeft niet, althans onvoldoende, onderbouwd dat zij het slachtoffer is van identiteitsfraude. Voorts constateert de commissie dat de vergoedingen naar aanleiding van twee van deze nota's door de ziektekostenverzekeraar zijn voldaan op de rekening van verzoekster. Daarmee staat vast dat sprake is van fraude als bedoeld in artikel A.6.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Of verzoekster al dan niet telefonisch heeft geïnformeerd over de vergoeding van de betreffende nota's maakt het voorstaande niet anders.

De ziektekostenverzekeraar mocht daarom vergoeding weigeren respectievelijk de ten onrechte verleende vergoedingen van € 405,34 en € 313,56 (totaal € 718,90) van verzoekster terugvorderen.

Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar opgelegde maatregelen overweegt de commissie dat met het wegvallen van het hanteren van dezelfde modus operandi bij andere verzekeraars, verzoekster in een lagere categorie met maatregelen valt. Dit heeft evenwel geen gevolgen voor de opgelegde maatregelen. De ziektekostenverzekeraar heeft om hem moverende redenen geen aangifte gedaan. Daarnaast heeft verzoekster ter zitting verklaard dat de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet meer in geschil is.

Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij door de registratie van haar persoonsgegevens in de diverse registers geen zorgverzekering kan afsluiten. Voor de zorgverzekering bestaat evenwel acceptatieplicht op grond van de wet. Alleen als de zorgverzekering van betrokkene bij die desbetreffende zorgverzekeraar is beëindigd vanwege fraude, mag betrokkene worden geweigerd. Verzoekster kan bij een andere zorgverzekeraar, die niet behoort tot het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort, dus gewoon een zorgverzekering afsluiten. Een eventuele

aanvullende ziektekostenverzekering kan mogelijk wel worden geweigerd, omdat hiervoor geen acceptatieplicht bestaat en betrokkene wordt beschouwd als een moreel risico.

De commissie acht de duur van de registraties, 8 jaar, gezien het feit dat driemaal een valse nota is ingediend, niet onredelijk. Ook omdat verzoekster op geen enkele wijze haar verantwoording heeft genomen of spijt heeft betuigd.

De commissie ziet aanleiding om de onderzoekskosten te matigen, aangezien het onderzoek, zoals ook in 7.6 is besproken, niet volledig is geweest, hetgeen overigens niets afdoet aan de hieruit voortvloeiende conclusies. Op grond hiervan is de commissie van oordeel dat de helft van de onderzoekskosten moet komen te vervallen. De door verzoekster aangevoerde argumenten om de onderzoekskosten geheel kwijt te schelden, treffen geen doel. De ziektekostenverzekeraar heeft een specificatie aan verzoekster verstrekt. Daarnaast kan de omstandigheid dat verzoekster stelt deze kosten niet te kunnen betalen niet leiden tot kwijtschelding.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de gevorderde onderzoekskosten ten bedrage van € 523,75 moet halveren;
- (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 18 september 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

A.5.8. Bij einde van de zorgverzekering die CAK heeft gesloten

Als u op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht bent een zorgverzekering te sluiten, kan het zijn, dat u desondanks niet verzekerd was en CAK voor u bij ons een zorgverzekering heeft gesloten.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende 2 weken vanaf het moment dat CAK u dat heeft medegedeeld, beëindigen met terugwerkende kracht, als u aan CAK en aan ons aantoont dat u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;

- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingsstelsel tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.5.1. Einde van een verzekering

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u hebt gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beëindigen. Wij informeren u hierover ten minste 6 maanden voor het moment van beëindiging. Als wij de verzekering vervangen door een andere verzekering informeren wij u tenminste 3 maanden voor deze wijziging.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgesloten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in

rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, vertragsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperio-

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.