



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Buitenland, Thailand, mondzorg, fraudeonderzoek, informeren betrokkene,  
klachtafhandeling

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, Gedragscode Persoonlijk  
Onderzoek

Zaaknummer : 202000821

Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

(i) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en  
(ii) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 17 mei 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 4 augustus 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 5 augustus 2020 aan verzoeker gezonden.

Verzoeker heeft daarna meerdere keren aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Kopieën hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2020 gehoord.

2.4. Na de hoorzitting hebben partijen hun pleitnota respectievelijk de voor de hoorzitting gemaakte aantekening aan de commissie en de wederpartij gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Tand 3 sterren en Aanvullend 4 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de verzekering Aanvullend 4 sterren zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg onbesproken.

3.2. Verzoeker verblijft in de wintermaanden in Thailand. Hij heeft daarom zowel in Nederland als in Thailand een vaste tandarts. In 2019 heeft zijn Thaise tandarts hem verteld dat zijn tandglazuur ernstig was aangetast en dat zijn tanden en kiezen daarom moesten worden voorzien van kronen. Verzoeker heeft dit besproken met zijn Nederlandse tandarts. Deze heeft de conclusie van de Thaise tandarts bevestigd. Verzoeker heeft ervoor gekozen de behandeling in Thailand te laten uitvoeren. De nota's hiervan heeft hij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Een in december 2019 gedeclareerde nota werd vergoed conform de verzekeringsvoorwaarden. Naar aanleiding van de nota die in januari 2020 werd gedeclareerd heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 9 maart 2020 meegedeeld dat hij over te weinig informatie beschikt om deze in behandeling te nemen. Daarom is verzoeker gevraagd het toelichtingsformulier in te vullen en te ondertekenen, de meegezonden machtiging te ondertekenen en een kopie van zijn Nederlands paspoort aan de ziektekostenverzekeraar te sturen. Verzoeker heeft de gevraagde informatie hierop aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar diverse keren geïnformeerd naar de stand van zaken rond het onderzoek. Ook heeft hij meermaals een klacht ingediend over het uitblijven van een inhoudelijk antwoord op zijn vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft meerdere keren aan verzoeker meegedeeld dat hij lopende het onderzoek geen informatie verstrekt en dat niet wordt ingegaan op de klachten van verzoeker.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juli 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de controle van de declaratie van tandheelkundige kosten is afgerond. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat geen sprake is van een frauduleuze declaratie. De declaratie zal daarom worden afgehandeld in overeenstemming met de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker zal nog worden geïnformeerd over de te verlenen vergoeding.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie, na wijziging van zijn verzoek, gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar hem had moeten informeren over de aanvang en het verloop van het onderzoek en de door hem gestelde vragen had moeten beantwoorden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de door hem ingediende klachten niet in behandeling heeft genomen en niet heeft afgehandeld conform de klachtenprocedure;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de kosten moet vergoeden die hij heeft moeten maken om de gevraagde aanvullende informatie te kunnen aanleveren;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar aan hem € 1.000,-- moet vergoeden in verband met onterechte beschuldigingen, smaad en onzorgvuldig en nalatig handelen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 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 18.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikelen uit de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoeker heeft het volgende aangevoerd.  
Naar aanleiding van de in maart 2020 door hem ontvangen brief van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker de gevraagde informatie verstrekt en de toegezonden machtiging ondertekend en teruggestuurd. Daarna heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar meerdere keren geïnformeerd naar de stand van zaken. Ook heeft hij meerdere klachten ingediend vanwege het uitblijven van een inhoudelijke reactie. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop niet inhoudelijk gereageerd. Bovendien is steeds geantwoord door dezelfde medewerker, zelfs nadat verzoeker een klacht had ingediend over deze medewerker. De ziektekostenverzekeraar heeft dus niet gehandeld volgens zijn eigen klachtenprocedure. Ook op de voorstellen van verzoeker om in overleg te treden over deze zaak is niet of negatief gereageerd.

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit meegedeeld dat sprake was van een vermoeden van fraude. Hier is verzoeker zelf achter gekomen, nadat hij van zijn Thaise tandarts de 'questionnaire' van de ziektekostenverzekeraar had ontvangen. In deze 'questionnaire' worden zeer suggestieve vragen gesteld. Deze zijn op te vatten als een beschuldiging van fraude. Hierdoor is de goede naam van verzoeker bij zijn Thaise tandarts aangetast.

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar nooit de originele nota opgevraagd bij verzoeker. Deze is wel nog in zijn bezit.

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om vergoeding van de door hem gemaakte kosten voor het toesturen van de aanvullende informatie. Deze kosten bedragen € 3,75 voor het uitprinten van de stukken en € 3,20 aan reiskosten. De ziektekostenverzekeraar weigert deze te vergoeden en verwijst naar de polisvoorwaarden waarin staat dat betrokkene moet meewerken. Er staat in de polisvoorwaarden niet dat de kosten hiervan voor rekening van betrokkene blijven.

In zijn brief van 7 augustus 2020, gericht aan de commissie, heeft verzoeker zijn verzoek uitgebreid met een vordering tot immateriële schadevergoeding. Hij vordert € 1.000,- wegens "de onterechte valse beschuldigingen, smaad en onzorgvuldig en nalatig handelen" door de ziektekostenverzekeraar, te vermeerderen met alle gemaakte en nog te maken kosten die hiermee verband houden. Voorts heeft verzoeker aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding niet correct is. De ziektekostenverzekeraar gaat ten onrechte ervan uit dat de vier kronen die worden genoemd op de nota van januari 2020 deels dezelfde zijn als de drie kronen die in december 2019 waren geplaatst. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom ten onrechte slechts één kroon vergoed in 2020. De ziektekostenverzekeraar had dit destijds kunnen navragen bij de zorgaanbieder, maar heeft dit nagelaten.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat uit de nota van 16 januari 2020 valt op te maken dat deze het plaatsen van één kroon betrof en dat hiervoor 62.000 Thaise Bath (omgerekend € 1.840,14) in rekening is gebracht. Deze nota viel op omdat de kosten van de behandeling ongewoon hoog waren. Voor het plaatsen van drie kronen eind 2019 bedroegen de kosten slechts 23.000 Thaise Bath. Bovendien leek het erop dat op de nota een nul was toegevoegd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit opgevat als een signaal van mogelijke fraude en hier onderzoek naar ingesteld.

Op 9 maart 2020 heeft de afdeling Speciale Zaken verzoeker per brief geïnformeerd over het onderzoek naar voornoemde declaratie. In dit kader zijn aan verzoeker onder andere het toelichtingsformulier en een machtiging gestuurd. Op 14 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar het ingevulde en ondertekende toelichtingsformulier, een kopie van het paspoort, en de door verzoeker ingevulde en ondertekende machtiging ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een agent van een onderzoeksbureau in Thailand opdracht gegeven om contact op te nemen met de zorgaanbieder aldaar.

Op grond van de verklaring van de zorgaanbieder heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat geen sprake is van valse/valselijk opgemaakte rekeningen waarmee is geprobeerd hem financieel te benadelen, maar van een administratieve fout. De nota had betrekking op vier kronen in plaats van één. Uit de verklaring volgt dat verzoeker de kliniek heeft bezocht voor het plaatsen van vier kronen en dat de behandeling is voltooid op 16 januari 2020. Aangezien er in december 2019 reeds drie kronen waren gedeclareerd, en vergoed, heeft de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de nota van 16 januari 2020 het plaatsen van één kroon - de vierde en laatste - vergoed tegen het maximale tarief van 17.000 Thaise Bath. Deze kosten zijn conform de polisvoorwaarden vergoed.

Verzoeker heeft vanaf februari 2020 meerdere keren vragen gesteld en klachten ingediend ten aanzien van de afwikkeling van de onderhavige declaratie. De ziektekostenverzekeraar heeft op deze vragen en klachten gereageerd door mededelingen met de strekking dat gedurende het onderzoek geen inhoudelijke informatie wordt gedeeld en dat verzoeker de afronding van het onderzoek diende af te wachten.

De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat in het onderhavige geval de klachtenprocedure niet is gevolgd. De reden hiervoor is dat het onderzoeksbelang niet toestaat dat gedurende het onderzoek inhoudelijke informatie met betrokkene wordt gedeeld. Ook intern heeft de afdeling Speciale Zaken een onafhankelijke positie met een autonome onderzoeks- en adviesbevoegdheid. Om de autonomie van het onderzoek te kunnen garanderen hebben andere afdelingen gedurende

het onderzoek in beginsel geen toegang tot de onderzoeksresultaten van de afdeling Speciale Zaken. Ook de klachtenafdeling beschikt niet over het onderzoeks dossier. Klachten die tijdens een lopend onderzoek bij de klachtenafdeling binnenkomen, worden daarom doorgestuurd naar de afdeling Speciale Zaken. Pas nadat het onderzoek is afgerond, worden de resultaten daarvan extern en intern gedeeld. Het is om die reden niet mogelijk eerder een klacht over een fraudeonderzoek conform de klachtenprocedure af te handelen.

Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangegeven dat destijds een betere uitleg had moeten worden gegeven over de gang van zaken bij het onderzoek en de eventuele consequenties hiervan. Hierdoor is de zaak geëscaleerd. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aangeboden aan verzoeker.

Op grond van artikel A5.2 sub c van de polisvoorwaarden heeft betrokkene de verplichting alle informatie te geven die de ziektekostenverzekeraar nodig heeft voor controle en onderzoek, en ook de verplichting om medewerking te verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. De kosten voor het verkrijgen en opsturen van deze informatie worden niet vergoed en komen voor rekening van betrokkene.

Ten aanzien van de gevorderde vergoeding van immateriële schade heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de onvolkomenheden in de communicatie een dergelijke schadevergoeding niet rechtvaardigen. Bovendien betwist de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van valse beschuldigingen of smaad. Het ingestelde onderzoek heeft nimmer geleid tot een publieke beschuldiging van verzoeker.

#### 6.4. De commissie oordeelt als volgt.

Het opvragen van informatie bij de behandelend tandarts is een onderzoeksmethode die valt onder het persoonlijk onderzoek. In artikel 1.1 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is bepaald dat een persoonlijk onderzoek kan worden ingesteld nadat het ingestelde feitenonderzoek geen of onvoldoende uitsluitel heeft gegeven, of als twijfel is ontstaan over de juistheid of volledigheid van de resultaten van het feitenonderzoek. Het is de commissie niet gebleken dat in de onderhavige situatie een feitenonderzoek heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij het bedrag van de nota ongewoon hoog vond en dat het erop leek dat een nul was toegevoegd aan het bedrag.

Ten aanzien van de nota had de ziektekostenverzekeraar via verzoeker de behandelend tandarts kunnen vragen om een nadere toelichting, bijvoorbeeld welke behandelingen precies hadden plaatsgevonden en aan welke elementen. Met betrekking tot het tweede punt - het toevoegen van een nul aan het notabedrag - had de ziektekostenverzekeraar de originele nota bij verzoeker kunnen opvragen. Deze had dan met een zogenoemde docubox kunnen worden onderzocht. Met een docubox kan namelijk worden nagegaan of met een andere pen wijzigingen zijn aangebracht op een document. De ziektekostenverzekeraar is echter direct overgegaan tot het instellen van een persoonlijk onderzoek.

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn vraagstelling aan de zorgaanbieder, te weten de zogenoemde 'questionnaire', gesteld dat de nota is aangepast door hier een extra nul aan toe te voegen, waardoor het notabedrag is verhoogd. Vervolgens is gevraagd of de zorgaanbieder de betreffende nul had toegevoegd. De commissie is het met verzoeker eens dat deze manier van vragen stellen suggestief is. Er bestond op dat moment immers niet meer dan een vermoeden dat de nota was aangepast en het ligt voor de hand dat de Thaise tandarts de aan hem gestelde vraag, geconfronteerd met dit vermoeden, met 'nee' zou beantwoorden.

De commissie is het met de ziektekostenverzekeraar eens dat in het algemeen de kosten voor het toesturen van aanvullende informatie voor rekening van betrokkene dienen te blijven. Echter, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen ziet de commissie aanleiding om de gevraagde materiële schadevergoeding van € 6,95 toe te wijzen. Deze kosten hebben betrekking op de stukken die verzoeker in het kader van het persoonlijk onderzoek over moest leggen. Na een deugdelijk feitenonderzoek door de ziektekostenverzekeraar was het instellen van een persoonlijk onderzoek zeer waarschijnlijk niet nodig geweest.

- 6.5. Verzoeker heeft zich erover beklaagd dat de ziektekostenverzekeraar hem bij aanvang van en tijdens het verloop van het onderzoek niet op de hoogte heeft gehouden. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 9 maart 2020 per brief heeft meegedeeld dat hij beschikt over onvoldoende informatie om de gedeclareerde nota verder in behandeling te nemen. Met deze brief is informatie opgevraagd bij verzoeker en is hem gevraagd een machtiging te ondertekenen voor het opvragen van informatie bij de Thaise behandelaar. Verzoeker heeft de machtiging ondertekend en aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hij was er dus van op de hoogte dat de betreffende nota nader werd onderzocht. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker kunnen uitleggen waarom zijn vragen niet werden beantwoord en om welke reden hij niet op de hoogte werd gehouden van de stand van zaken van het onderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gemotiveerd toegelicht waarom dit in deze situatie niet zou hebben gekund. De vermeend frauduleuze nota was immers al gedeclareerd en het feit – de veronderstelde aanpassing van het bedrag - had reeds plaatsgevonden en kon niet meer worden terugdraaid.
- 6.6. Verzoeker heeft ook bezwaar gemaakt tegen het niet volgen van de klachtenprocedure door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels onderkend dat de wijze waarop verzoeker door de betreffende afdeling te woord is gestaan niet de schoonheidsprijs verdient. Verzoeker had een minder confronterende bejegening mogen verwachten. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn uitleg dat andere afdelingen geen inzage hebben in het dossier tijdens een lopend persoonlijk onderzoek door de afdeling Speciale Zaken, en dus niet inhoudelijk kunnen reageren. Dit kan echter niet ertoe leiden dat om die reden de klachten worden afgedaan door de dossierbehandelaar, zonder dat op de klachten wordt ingegaan. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om in ieder geval aan verzoeker uit te leggen waarom nog niet inhoudelijk werd gereageerd.
- 6.7. Verzoeker maakt inmiddels ook bezwaar tegen de hoogte van de toegekende vergoeding voor de tandheelkundige behandeling. Op grond van artikel 114, tweede lid, Zvw moet de ziektekostenverzekeraar eerst in de gelegenheid zijn gesteld zijn beslissing te heroverwegen. De commissie stelt vast dat niet is gebleken dat dit is gebeurd. Daarom is dit onderdeel van het verzoek niet ontvankelijk.
- 6.8. Verzoeker heeft eerst op 7 augustus 2020 een vergoeding van € 1.000,-- voor immateriële schade gevorderd. Dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen, aangezien in artikel 15, derde lid, van het Reglement van de commissie is bepaald dat geen vergoeding voor immateriële schade wordt toegekend.
- 6.9. Volledigheidshalve merkt de commissie op dat voor zover de klacht van verzoeker betrekking heeft op de privacy, verzoeker deze heeft voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens. Dit deel van de klacht maakt daarom geen deel uit van de deze procedure.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar verzoeker heeft geïnformeerd dat de betreffende nota nader werd onderzocht;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker gestelde vragen ten onrechte niet heeft beantwoord, de door hem ingediende klachten niet in behandeling heeft genomen, en nagelaten heeft verzoeker erover te informeren dat (nog) niet inhoudelijk kon worden gereageerd;
  - (iii) de ziektekostenverzekeraar een feitenonderzoek had moeten uitvoeren in plaats van direct een persoonlijk onderzoek te starten;
  - (iv) de ziektekostenverzekeraar de in het kader van het persoonlijk onderzoek gemaakte kosten van € 6,95 aan verzoeker moet vergoeden;

- (v) het verzoek niet-ontvankelijk is, voor zover dat betrekking heeft op de vergoeding voor de tandheelkundige behandeling;
- (vi) het verzoek om vergoeding van immateriële schade wordt afgewezen;
- (vii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 28 oktober 2020,



G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Overige stukken



## Gedragcode Persoonlijk Onderzoek

### Definities en begrippen

In deze Gedragcode wordt onder de opgenomen begrippen het volgende verstaan.

Betrokkene	De natuurlijke persoon op wie het onderzoek betrekking heeft.
Feitenonderzoek	Het onderzoek dat wordt ingesteld naar de feiten, omstandigheden en gedragingen van betrokkene die nodig zijn voor de beoordeling van een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, schademelding of andere aanspraak op uitkering of prestatie.
Onderzoeksbureau	Een bureau als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder f van de Wet particuliere beveiligingsorganisaties en recherchebureaus.
Persoonlijk onderzoek	Het onderzoek, volgend op een feitenonderzoek, naar gedragingen van betrokkene waarbij bijzondere onderzoeksmethoden en of bijzondere onderzoeksmiddelen worden gebruikt, dat inbreuk maakt of kan maken op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene.
Proportionaliteit	Afweging dat de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene niet onevenredig mag zijn in relatie tot het doel van de beoogde verwerking van persoonsgegevens.
Subsidiariteit	Afweging of het doel van het persoonlijk onderzoek (en de daarbij te hanteren bijzondere onderzoeksmethoden en -middelen) in redelijkheid niet op een andere voor betrokkene minder nadelige wijze kan worden bereikt.
Verzekeringsfraude	Het opzettelijk misleiden van een verzekeraar bij de totstandkoming en/of uitvoering van een verzekeringsovereenkomst met de bedoeling om onrechtmatig verzekeringsdekking, -uitkering, -prestatie of dienstverlening te krijgen.
Veiligheidszaken	De afdeling of de persoon die binnen een Financiële instelling verantwoordelijk is voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van het waarborgen van de veiligheid en integriteit.

### Artikel 1 Persoonlijk onderzoek

1.1. Een *persoonlijk onderzoek* kan worden ingesteld nadat:

Het ingestelde feitenonderzoek geen of onvoldoende uitsluitel geeft voor het nemen van een beslissing bij een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, schademelding of andere aanspraak op uitkering of prestatie;

Of:

Gerede twijfel is ontstaan over de juistheid of volledigheid van de resultaten van het feitenonderzoek, zodanig dat bij de verzekeraar een redelijk vermoeden van *verzekeringsfraude* of andere vormen van oneigenlijk gebruik van verzekeringsproducten of diensten is ontstaan.

1.2. Een persoonlijk onderzoek kan gelijktijdig worden uitgevoerd ten behoeve van meerdere verzekeraars.

1.3. In geval zorgverzekeraars op grond van wet- en regelgeving specifieke bevoegdheden ten aanzien van een persoonlijk (medisch) onderzoek hebben – bijvoorbeeld in het kader

van beoordeling van een aanvraag voor een verstrekking – gaan deze regels voor op de Gedragcode.

**Artikel 2 Belangenafweging betrokkene en verzekeraar (*Proportionaliteit*)**

2.1. De verzekeraar maakt bij het instellen van een persoonlijk onderzoek steeds een zorgvuldige afweging tussen de belangen van de verzekeraar bij het uitvoeren van het onderzoek en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkene.

2.2. Bij deze belangenafweging moeten alle relevante aspecten betrokken worden, zoals het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkene, het financiële belang, het belang bij waarheidsvinding, het belang bij snelle en zorgvuldige besluitvorming of de mate van inbreuk op integriteit of veiligheid.

**Artikel 3 Belangenafweging onderzoeksmiddel (*Subsidiariteit*)**

3.1. De verzekeraar beoordeelt of *persoonlijk onderzoek* het enige hem ten dienste staande middel is dan wel of er andere mogelijkheden van onderzoek zijn die tot minder inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene leiden maar wel hetzelfde resultaat kunnen opleveren.

3.2. De verzekeraar maakt daarbij de afweging of het doel van het persoonlijk onderzoek (en de daarbij te hanteren bijzondere onderzoeksmethoden en -middelen) in redelijkheid niet op een andere, voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene minder nadelige, wijze kan worden bereikt.

**Artikel 4 Besluit persoonlijk onderzoek**

4.1. De verantwoordelijkheid voor het besluit tot het instellen van een persoonlijk onderzoek en de wijze waarop dit onderzoek wordt uitgevoerd ligt bij de verzekeraar.

4.2. Omdat een persoonlijk onderzoek invloed kan hebben op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene moet de beslissing over het onderzoek, waaronder de te hanteren methode, gemotiveerd worden genomen. In ieder geval moet worden vastgelegd, door wie en op welke gronden het besluit genomen is.

4.3. Het is niet toegestaan dat deze beslissing uitsluitend wordt genomen door de dossierbehandelaar of onderzoeker zelf. De beslissing tot het instellen van een persoonlijk onderzoek moet worden genomen door leidinggevende van de betrokken dossierbehandelaar of door de afdeling Veiligheidszaken. Als de dossierbehandelaar/onzoeker werkzaam is op de afdeling Veiligheidszaken moet zijn leidinggevende beslissen.

**Artikel 5 Aanvang en duur van persoonlijk onderzoek**

5.1. Een *persoonlijk onderzoek* moet worden ingesteld binnen een redelijke termijn, nadat verzekeraar hier overeenkomstig artikel 4 toe heeft besloten.

5.2. De verzekeraar zal zich inspannen om het persoonlijk onderzoek zo snel mogelijk af te ronden.

**Artikel 6 Doel van het persoonlijk onderzoek**

6.1. Het persoonlijk onderzoek richt zich op de beantwoording van vragen die van belang kunnen zijn voor het nemen van een zorgvuldige beslissing over een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, aanspraak op uitkering of prestatie of de beantwoording van onderzoeksvragen met betrekking tot (een vermoeden van) *verzekeringsfraude* of andere vormen van oneigenlijk gebruik van verzekeringsproducten of diensten.

**Artikel 7 Onderzoeksmethoden**

7.1. Bij het persoonlijk onderzoek kan worden gebruikgemaakt van de verschillende onderzoeksmethoden zoals:

meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens.

#### **Artikel 9 Informatieplicht**

9.1. Voordat de verzekeraar informatie gaat inwinnen bij derden, als bedoeld in artikel 7.1.b. zal hij de betrokkene daarover informeren.

9.2. De verzekeraar maakt daarbij melding van het doel en de globale aard van dit persoonlijke onderzoek.

9.3. Als het onderzoek zal plaatsvinden ten behoeve van meerdere verzekeraars moet de betrokkene geïnformeerd worden door elke verzekeraar afzonderlijk. Als een verzekeraar aanhaakt bij een lopend persoonlijk onderzoek moet de betrokkene daarover door deze verzekeraar worden geïnformeerd.

9.4. Het melden aan betrokkene dat een persoonlijk onderzoek wordt ingesteld, blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens.

9.5. De verzekeraar zal de betrokkene informeren over de resultaten van het persoonlijk onderzoek.

9.6. Betrokkene wordt geïnformeerd dat observatie als bedoeld in artikel 7.1.c. heeft plaatsgevonden.

9.7. De informatieplicht in artikel 9.5. en 9.6 blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens.

#### **Artikel 10 Bewaren van de onderzoeksgegevens**

10.1. De verzekeraar bewaart de verzamelde onderzoeksgegevens en onderzoeksresultaten niet langer dan strikt noodzakelijk is voor het bereiken van het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld, rekening houdend met de wederzijdse belangen van verzekeraar en betrokkene.

10.2. De onderzoeksgegevens in het kader van het persoonlijk onderzoek worden opgenomen in de zogenoemde Gebeurtenissenadministratie conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen / de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars of in het Incidentenregister conform het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen.

10.3. De verzekeraar treft de nodige voorzieningen van technische en organisatorische aard ter beveiliging van de onderzoeksgegevens tegen verlies of aantasting van de gegevens en tegen onbevoegde kennisneming, wijziging of verstrekking daarvan.

#### **Artikel 11 Inzage en correctie**

11.1 Met inachtneming van de regelgeving als genoemd in artikel 10.2 verleent de verzekeraar betrokkene op zijn verzoek inzage in de over hem voor het onderzoek verwerkte persoonsgegevens. Het verzoek wordt binnen vier weken na ontvangst beantwoord.

11.2 Nadat inzage is verstrekt, heeft betrokkene het recht om de verzekeraar gemotiveerd te verzoeken de persoonsgegevens te corrigeren indien deze feitelijk onjuist zijn, onvolledig of niet ter zake dienend zijn, of in strijd met een wettelijk voorschrift zijn verwerkt.

#### 4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

#### 4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, of
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

### A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

**5.1** Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

#### 5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

a Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:

- rijbewijs;
- paspoort;
- Nederlandse identiteitskaart;
- vreemdelingendocument.

b Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.

c U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.

d U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.

e U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.

f U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.

g U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

#### 5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

a Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.

b Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

#### 5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de Declaratie-app of Mijn Zilveren Kruis. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

#### 5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

**Let op!** Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.



## C: Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel A.1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel A.4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

### C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

#### 1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U kunt één verzekering kiezen uit de Basis Plus Module en de Aanvullend 1-4 sterren. Daarnaast kunt u één verzekering kiezen uit de Aanvullend Tand Basis en Aanvullend Tand 1-4 sterren. Daarnaast kunt u Extra Vitaal afsluiten. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel C.6.1 van deze algemene voorwaarden.

#### 1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af.

Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel A.20;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekingen vanuit de aanvullende verzekeringen;
- u een ZieZo Selectief of ZieZo Basis (basisverzekering) heeft afgesloten;
- u geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

#### 1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

**Let op!** Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

### C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

#### 2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

#### Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

#### 2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel A.15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

**Let op!** Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel D.9. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

#### 2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.







5. Het (niet-) bindend advies bevat, naast de beslissing, in ieder geval:
  - a. de naam of de namen van het lid onderscheidenlijk de leden van de Geschillencommissie ten overstaan van wie de hoorzitting onderscheidenlijk door wie de beslissing op basis van stukken heeft plaatsgevonden,
  - b. de namen, en de woon- c.q. statutaire vestigingsplaats van partijen,
  - c. de standpunten van partijen;
  - d. de motivering van de beslissing;
  - e. de vermelding of het advies bindend dan wel niet-bindend is;
  - f. de dagtekening van het (niet-) bindend advies,
6. De Geschillencommissie zendt aan elk der partijen een vanwege de Geschillencommissie ondertekend afschrift van het (niet-) bindend advies. Verzending van het (niet-) bindend advies geschiedt per post, tenzij een partij heeft verklaard digitaal met de Geschillencommissie te willen corresponderen. In dat geval ontvangt deze partij het (niet-) bindend advies langs elektronische weg. Het origineel blijft onder de Geschillencommissie berusten.
7. Voorts zendt de Geschillencommissie een afschrift van het (niet-) bindend advies aan het Zorginstituut Nederland, in die gevallen waarin dit instituut advies als bedoeld in artikel 10 heeft uitgebracht.
8. De Geschillencommissie stelt haar adviezen geanonimiseerd beschikbaar voor publicatie.

## **Artikel 15 Kosten**

1. De kosten die partijen voor de behandeling van het Verzoek door de Geschillencommissie maken, waaronder het entreegeld zoals genoemd in artikel 9, eerste lid, de aan de zaak bestede tijd, de reis- en verblijfkosten, en de kosten die van door hen voorgedragen getuigen en/of deskundigen, zijn voor rekening van de betrokken partij.
2. In afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie evenwel in het bindend advies bepalen dat het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk wordt gerestitueerd. Daarnaast kan de Geschillencommissie in het bindend advies opnemen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld geheel of gedeeltelijk aan de consument dient te vergoeden, onder meer in het geval de consument geheel of grotendeels in het gelijk wordt gesteld.
3. Eveneens in afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie in het bindend advies bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade.

## **Artikel 16 Verbetering kennelijke fouten**

1. De Geschillencommissie kan, op verzoek van een partij of ambtshalve, binnen een termijn van vier weken na verzending van het (niet-) bindend advies, besluiten tot verbetering van een kennelijke rekenfout, schrijffout of andere kennelijke fout die zich voor eenvoudig herstel leent, in het (niet-) bindend advies.
2. De Geschillencommissie gaat niet tot de verbetering over dan na partijen in de gelegenheid te hebben gesteld zich daarover uit te laten.