

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501689

Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 17 oktober 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 24 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 maart 2026 aan verzoekster gezonden.
- 1.3. Op 19 april 2026 heeft verzoekster een bericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 21 april 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn nota's voor psychologische zorg op naam van verzoekster ter declaratie ingediend.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 juli 2025 aan verzoekster meegedeeld dat hij een fraudeonderzoek is gestart naar aanleiding van de ingediende declaraties. Tevens is haar meegedeeld dat haar persoonsgegevens gedurende het fraudeonderzoek worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie, het Intern Verwijzingsregister en het Incidentenregister.
- 2.4. Verzoekster heeft dezelfde dag zowel telefonisch als per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat zij recent geen nota's van de betreffende psycholoog ter declaratie heeft ingediend en dat zij daar al drie jaar niet meer onder behandeling is.

- 2.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 20 augustus 2025 geïnformeerd over de uitkomsten van het fraudeonderzoek dat hij heeft uitgevoerd met betrekking tot de periode van 1 januari 2022 tot en met 10 augustus 2025. Het betreft de ter declaratie ingediende nota's van een psycholoog. Ook is verzoekster nogmaals meegedeeld dat haar persoonsgegevens gedurende de looptijd van het fraudeonderzoek zijn opgenomen in Gebeurtenissenadministratie, het Intern Verwijzingsregister en het Incidentenregister. Verzoekster is gevraagd om een schriftelijke reactie en kopieën van bankafschriften.
- 2.6. Verzoekster heeft bij brief van 27 augustus 2025 en e-mailberichten van 5 en 9 september 2025 gereageerd op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar.
- 2.7. Bij brief van 24 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude. Er is niet gebleken dat misbruik is gemaakt van haar DigiD. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd:
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 1 oktober 2033 opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 1 oktober 2033 opgenomen in het Intern Verwijzingsregister (hierna: IVR) van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 20 augustus 2033 opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden tot 20 augustus 2029 opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR);
 - de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden per 15 oktober 2025 beëindigd;
 - verzoekster kan gedurende 5 jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of bij een andere ziektekostenverzekeraar die tot hetzelfde concern behoort;
 - de kosten van het onderzoek à € 1.356,50,-- worden op verzoekster verhaald;
 - de ziektekostenverzekeraar vordert van verzoekster een bedrag van € 925,91 terug, te weten de twee aan haar uitgekeerde vergoedingen van € 357,15 en € 568,76.
- 2.8. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 september 2025 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Zij heeft hierop toen geen reactie ontvangen. Vervolgens heeft zij, op 17 oktober 2025, het geschil voorgelegd aan SKGZ. SKGZ heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 11 november 2025 verzocht om binnen vier weken, dus vóór 9 december 2025, de beslissing van 29 september 2025 te heroverwegen. Bij brief van 19 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij niet heeft gefraudeerd en dat de door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen, met uitzondering van de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, daarom dienen te vervallen.
- 3.2. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 15 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat zij zelf geen declaraties heeft ingediend op of rond 10 januari 2025. Verder heeft zij meegedeeld dat zij al ruim tweeëneenhalf jaar niet meer onder behandeling is van een psycholoog, dat zij geen vergoeding heeft ontvangen, en geen enkele betrokkenheid heeft bij deze nota's. Voorts merkt zij op dat er eerder een soortgelijke, onterechte declaratie is ingediend op haar naam. Zij heeft naar aanleiding hiervan destijds contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens de onterechte nota

verwijderd. Verzoekster merkt verder op dat zij recent verschillende signalen heeft gehad van mogelijke identiteitsfraude. Zij kreeg herhaaldelijk verdachte sms-berichten van de Belastingdienst met betalingsverzoeken en heeft vervolgens haar telefoonnummer veranderd.

- 3.3. In het verzoek om heroverweging van 29 september 2025 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat zij diens beslissing van 24 september 2025 onzorgvuldig, onvoldoende gemotiveerd en disproportioneel vindt. Zij voert hiertoe aan dat deugdelijk bewijs ontbreekt. Het inloggen met behulp van DigiD en een sms-controle bewijst volgens haar niet dat zij degene is die daadwerkelijk heeft ingelogd en de betreffende nota's heeft ingediend. Het is bekend dat derden met toegang tot de telefoon en/of DigiD-gegevens kunnen inloggen. Volgens vaste jurisprudentie (van onder andere het Kifid en de civiele rechter) is indirect bewijs onvoldoende voor registratie in het EVR. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geen onderzoek verricht naar alternatieve scenario's. Verzoekster heeft hem expliciet erop gewezen dat het betreffende telefoonnummer op naam van haar ex-partner stond. De ziektekostenverzekeraar heeft hier echter geen onderzoek naar gedaan. Bovendien heeft zij sinds maart 2025 een ander telefoonnummer. Daarnaast is er geen bewijs van behandelingen of betalingen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar één betaling van € 284,62, maar dit betreft een ander factuurnummer en bedrag. Daarom is dit volgens verzoekster geen bewijs dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde declaraties reëel zijn.

Verzoekster is verder van mening dat de besluitvorming van de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig, en daarmee in strijd is met het zorgvuldigheidsbeginsel, zoals genoemd in artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Zij voert hiertoe aan dat zij niet is gehoord, de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten alternatieve scenario's te onderzoeken, en het besluit is gebaseerd op eenzijdige gegevens zonder bredere verificatie.

Verzoekster is tevens van mening dat het motiveringsbeginsel van artikel 3:46 Awb is geschonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen concrete onderbouwing gegeven waaruit volgt dat verzoekster de frauduleuze handelingen heeft verricht. Ook het proportionaliteitsbeginsel (artikel 3:4, tweede lid, Awb en artikel 8 EVRM) is geschonden. De opname van haar persoonsgegevens in het EVR is een zeer ingrijpende maatregel, die jarenlang negatief van invloed zal zijn op haar maatschappelijke en financiële leven. Dit kan alleen gerechtvaardigd zijn bij hard bewijs, hetgeen hier ontbreekt. Daarbij is in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen bepaald dat opname in het EVR alleen is toegestaan bij vaststaande fraude. Bij twijfel behoort niet te worden geregistreerd.

- 3.4. Verzoekster heeft in het klachtenformulier van 17 oktober 2025 nog opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar niet reageert op de door haar ingediende klachten. Ook heeft zij de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat zij wil worden gebeld, maar iedere keer is de behandelaar op vakantie of wordt zij aan het lijntje gehouden.
- 3.5. In haar bericht van 19 april 2026 heeft verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar ten onterechte de indruk wekt dat zij de fraude zou hebben toegegeven. Verzoekster heeft eerder al aangegeven dat zij sinds ongeveer 2023 niet meer onder behandeling is geweest bij de betreffende zorgverlener. Deze verklaring ziet uitsluitend op het zorggebruik en kan niet worden aangemerkt als een erkenning dat verzoekster de betreffende declaraties heeft ingediend. Het feit dat declaraties zijn ingediend na deze periode onderstreept juist de stelling van verzoekster dat deze niet van haar afkomstig zijn.
- De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat het gebruik van dezelfde factuurnummers en de gestelde onregelmatigheden in de nota's mogelijk kunnen wijzen op fraude. Dit vormt echter geen bewijs dat verzoekster degene is geweest die deze declaraties heeft ingediend. De stelling dat de betreffende zorgverlener vanaf 2023 uitsluitend via Infomedics werkt, zegt niets over de persoonlijke betrokkenheid van verzoekster bij het indienen van de betreffende declaraties. Het ontbreken van betaalbewijzen kan evenmin zonder meer aan verzoekster worden tegengeworpen, omdat verzoekster betwist deze nota's te hebben ontvangen dan wel zelf te

hebben ingediend. De conclusie dat betrokkenheid van een derde, zoals een ex-partner, niet waarschijnlijk is, is onvoldoende onderbouwd. Het enkele feit dat het rekeningnummer aan verzoekster is gekoppeld, sluit niet uit dat een ander gebruik heeft gemaakt van deze gegevens. Juist dit had nader moeten worden onderzocht.

In de aan verzoekster gerichte slotbrief en in de heroverweging is expliciet vermeld dat IP-adressen zijn afgeschermd om een locatie te kunnen bepalen. Op basis van die informatie was het voor verzoekster niet mogelijk om haar verweer te richten op concrete locaties of gebruiksmomenten. In de stukken die de ziektekostenverzekeraar in de procedure bij de commissie heeft overgelegd worden echter wel concrete locaties genoemd die zouden zijn gekoppeld aan deze IP-adressen. Dit verschil in informatievoorziening acht verzoekster opmerkelijk en relevant. Indien dergelijke gegevens beschikbaar waren, hadden deze ook eerder met haar moeten worden gedeeld, zodat zij hier adequaat op had kunnen reageren. Het feit dat deze informatie pas in een later stadium wordt ingebracht, terwijl eerder het tegenovergestelde werd gesteld, roept vragen op over hoe consequent en zorgvuldig het onderzoek is geweest. Daarbij komt dat de heroverweging van de ziektekostenverzekeraar grotendeels is gebaseerd op dezelfde uitgangspunten en informatie in de eerdere slotbrief, zonder dat zichtbaar is dat de bezwaren en de door verzoekster aangedragen punten daadwerkelijk inhoudelijk en zelfstandig zijn beoordeeld. Gelet op het voorgaande is verzoekster van mening dat sprake is van een onvolledig en onvoldoende zorgvuldig onderzoek, waarbij relevante informatie niet tijdig met haar is gedeeld.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij in 2021 een auto-ongeluk heeft gehad. Hieraan heeft zij zwaar psychisch en fysiek letsel overgehouden. Op dat moment speelde er veel in haar privéleven. Het overlijden van verschillende familieleden en een heftige relatie hebben veel teweeggebracht. Verzoekster had in die tijd een telefoonnummer dat op naam stond van haar ex-partner. Hij beschikte ook over haar wachtwoorden. Het is mogelijk dat deze ex-partner de vermeende declaraties heeft ingediend. Verzoekster heeft meermaals geprobeerd dit duidelijk te maken aan de ziektekostenverzekeraar, maar deze vindt het niet bewezen. Verzoekster wilde ook graag worden gehoord, maar dit is niet gebeurd. Zij heeft weliswaar tweemaal de mogelijkheid gekregen om te reageren, maar de fraudeonderzoeker zag geen meerwaarde in een gesprek. Hiermee is de zorgvuldigheid van het onderzoek in gevaar gekomen. Het toepassen van hoor en wederhoor is niet slechts een formaliteit, maar noodzakelijk om tot een gedegen besluit te komen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om de IP-adresgegevens van de locaties waar de declaraties zijn ingediend. Hieruit blijkt dat dit niet alleen in Veghel, maar ook in Utrecht en Arnhem is gebeurd, en daar is verzoekster niet geweest.
- Verzoekster ondervindt nadeel van de EVR registratie. Zij werkt in de zorg en werkgevers in die sector hechten daar waarde aan. De ziektekostenverzekeraar vordert bovendien meer van haar dan het gedeclareerde bedrag van afgerond € 930,--. Desgevraagd heeft verzoekster de laatste zes cijfers van haar bankrekeningnummer genoemd.
- Het was verzoekster opgevallen dat er een declaratie was ingediend die zij niet herkende. Daarom heeft zij contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar kon de vraag hoe dit was gebeurd niet beantwoorden, maar adviseerde haar om de declaratie uit het systeem te halen. Als er onterecht vergoedingen zijn uitgekeerd, is verzoekster bereid dit recht te zetten. Zelf had zij destijds geen overzicht. Dit als gevolg van haar persoonlijke omstandigheden. In 2022 en 2023 is er door iemand gedeclareerd op naam van verzoekster. De zorgaanbieder in kwestie heeft aangegeven dat in ieder geval vanaf 2023 door hem gebruik wordt gemaakt van Infomedics. In het kader van zorgvuldig onderzoek moet worden benadrukt dat dit niet betekent dat de nota's die in 2022 zijn ingediend ook niet konden bestaan. Dat laatste is namelijk niet bewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft niet zorgvuldig naar de nota's gekeken en bij een fraudeonderzoek is zorgvuldigheid juist belangrijk.
- Ten aanzien van het financieel belang geldt dat de eis tot terugbetaling proportioneel zou zijn als er ten onrechte is uitgekeerd. Ook de onderzoekskosten zijn geen probleem als er althans sprake is van fraude. De EVR-registratie is niet proportioneel. Dit geldt eveneens voor de opname in het Incidentenregister.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar is een fraudeonderzoek gestart naar aanleiding van de declaratie van de nota's voor psychologische zorg op naam van verzoekster. In zijn brief van 20 augustus 2025 heeft hij aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude. Hij heeft hiertoe toegelicht dat uit de inloggegevens van 5 en 17 februari 2025 blijkt dat is ingelogd op de digitale omgeving van verzoekster met haar DigiD en een SMS-verificatie via het telefoonnummer van verzoekster. Hij merkt hierbij op dat de inloggegevens over de jaren 2022 en 2023 inmiddels zijn vernietigd. Het heeft er alle schijn van dat verzoekster de declaraties zelf indiende. Daarnaast zouden de beoogde vergoeding(en) ook naar haar worden overgemaakt. Hij tekent hierbij aan dat twee vergoedingen ook daadwerkelijk aan verzoekster zijn overgemaakt, te weten bedragen van € 569,24 en € 568,76. Verzoekster is daarom gevraagd kopieën van bankafschriften te sturen, waaruit blijkt dat zij deze bedragen heeft betaald aan de betreffende psycholoog.
- 4.2. In de beslissing van 24 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat niet is gebleken dat misbruik is gemaakt van de DigiD van verzoekster. Hij is daarom van mening dat verzoekster zelf heeft ingelogd om de betreffende nota's in te dienen. Verzoekster heeft één bankafschrift overgelegd, waaruit blijkt dat zij een overschrijving heeft gedaan aan de betreffende psycholoog. Dit betrof echter een andere nota dan hier in geschil. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de in 2.7. genoemde maatregelen opgelegd aan verzoekster.
- 4.3. In de heroverweging van 19 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoekster verschillende artikelen en begrippen uit het bestuursrecht aanhaalt, maar dat die in deze kwestie niet van toepassing zijn. Het betreft een civielrechtelijke beslissing. Verder heeft hij aangevoerd dat het hem begin 2025 is opgevallen dat op naam van verzoekster verschillende nota's voor psychologische zorg zijn ingediend die hetzelfde factuurnummer hadden. Dit betreft totaal acht nota's die op verschillende momenten zijn ingediend. Ook zagen deze nota's er niet helemaal kloppend uit. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom contact opgenomen met de zorgaanbieder. De zorgaanbieder wilde in verband met de privacy niet inhoudelijk reageren, maar heeft wel verklaard vanaf 2023 alleen nog via Infomedics te declareren. Op basis hiervan concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de nota's vanaf 2023 in ieder geval vals zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gevraagd of zij toch aannemelijk kon maken dat de gedeclareerde zorg daadwerkelijk was verleend. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar in reactie hierop één bewijs van overboeking gestuurd, maar dit betrof, als eerder gesteld, een andere factuur en een ander notabedrag.
- Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat iemand anders zou kunnen hebben ingelogd met haar DigiD, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het enkele feit dat haar telefoonnummer en het abonnement destijds op naam van haar ex-partner stonden, niet betekent dat hij toegang had tot haar telefoon. Daarbij is het iemands eigen verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat een derde geen gebruik kan maken van zijn of haar DigiD. Daargelaten de enkele stelling van verzoekster is niet gebleken dat een derde misbruik heeft gemaakt van haar DigiD. Een ander punt waarom het zeer aannemelijk is dat verzoekster de fraude zelf heeft gepleegd, is dat bij het indienen van de nota's is gevraagd om uitbetaling op haar bankrekeningnummer. Verzoekster was derhalve de enige die hierbij financieel baat had.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verder gezien dat verzoekster sinds 2022 vaker heeft gebeld over het vergoeden van haar declaraties ten aanzien van psychologische zorg. Als verzoekster de betreffende nota's niet heeft ingediend, kan de ziektekostenverzekeraar deze gesprekken en de inhoud hiervan niet plaatsen.
- De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij de persoonlijke omstandigheden van verzoekster heeft meegenomen bij het opleggen van de maatregelen, en dat om die reden de registratie in het EVR is beperkt tot vier jaren.

Ten aanzien van de klacht van verzoekster dat zij tijdens het onderzoek heeft gevraagd om telefonisch contact met de onderzoeker, maar hieraan geen gehoor is gegeven, merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Telefonisch contact is geen standaardonderdeel van een fraudeonderzoek. Dit maakt het onderzoek echter niet minder zorgvuldig. Verzoekster is tweemaal in de gelegenheid gesteld op de bevindingen te reageren.

- 4.4. In de brief van 24 maart 2026, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn bevindingen ten aanzien van de ingediende nota's samengevat. De gedeclareerde nota's hebben, als gezegd, hetzelfde factuurnummer. Daarnaast hebben de nota's een vreemde opmaak, waarbij het lijkt of bedragen zijn tussengevoegd. Ook is op één nota te zien dat met correctielak het totaalbedrag is aangepast. Een deel van de nota's is opgemaakt in 2023 en later, terwijl de zorgaanbieder heeft verklaard dat hij vanaf 2023 alleen nog via Infomedics factureert. Alleen al om die reden kunnen de nota's niet afkomstig zijn van de zorgaanbieder, aangezien deze niet via Infomedics, maar rechtstreeks zijn ingediend. Daarnaast heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar geen bewijs overgelegd dat zij deze nota's daadwerkelijk heeft betaald aan de zorgaanbieder.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de EVR registratie is ingegaan op de aankondigingsdatum van de voorlopige bevindingen van het onderzoek. Dit is in het voordeel van verzoekster, omdat de registratie dan eerder afloopt.
De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat de lay-out van de ingediende nota's niet klopt. Er lijken dingen te zijn verplaatst, aangevuld en in te springen. Op één nota was ook correctielak aangebracht. Overigens is deze correctielak niet zichtbaar in een digitaal dossier, maar wel onder een speciaal apparaat. De onregelmatigheden op de nota's waren de aanleiding voor het verdere onderzoek. De ziektekostenverzekeraar weet dat de nota's van 2023 en daarna zonder meer foutief zijn. Deze kunnen eenvoudigweg niet bestaan. De zorgverlener heeft namelijk verklaard dat hij vanaf 2023 geen verzekerdennota's meer meegaf. Er werd alleen nog maar gedeclareerd via Infomedics. De fraude vanaf 2023 staat onomstotelijk vast. Voor de nota's van 2022 geldt dat toen nog wel verzekerdennota's werden afgegeven door de zorgverlener, maar op die nota's ziet de ziektekostenverzekeraar onregelmatigheden. Het alternatieve scenario dat door verzoekster wordt gepresenteerd, vindt de ziektekostenverzekeraar niet plausibel. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gevraagd om inzichtelijk te maken wat er is betaald en welke facturen er zijn. Daarbij komt dat verzoekster meermaals met de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld over de ingediende nota's. Hoewel zij op bepaalde zaken is teruggekomen, heeft verzoekster niet bewezen dat zij geen nota's heeft ingediend. Sterker nog, verzoekster heeft bijvoorbeeld verklaard dat zij op 6 juli 2023 een nota heeft ingediend, maar die kan niet bestaan omdat de zorgverlener toen al via Infomedics werkte. Zij deed hier wel telefonisch navraag naar. Het is voor de ziektekostenverzekeraar dan ook duidelijk dat door verzoekster fraude is gepleegd. Alle omstandigheden bij elkaar leiden tot die conclusie. Er is door verzoekster geen aannemelijke verklaring verstrekt. Met de enkele stelling dat sprake was van identiteitsfraude kan de ziektekostenverzekeraar niets. Verzoekster had inzichtelijk kunnen maken welke zorg er is verleend en dat hiervoor is betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen een kopie van een betaling aan de zorgverlener gekregen van een nota die hij niet kent. De ziektekostenverzekeraar heeft, als eerder vermeld, de persoonlijke omstandigheden van verzoekster meegewogen in het bepalen van de duur van de registratie. Daarom is de EVR registratie teruggebracht naar vier jaar. Dit vindt de ziektekostenverzekeraar proportioneel in een situatie waarin bewust en structureel is gefraudeerd.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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.

- 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de terugvordering van de reeds verleende vergoeding en de verdere, door de ziektekostenverzekeraar in dit kader getroffen maatregelen.

Veronderstelde fraude

- 6.3. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar het standpunt heeft ingenomen dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude in de zin van de artikelen A.6 en A.15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In dat verband heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals is vermeld onder 2.7. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in zowel artikel A.6 als artikel A.15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat fraude tevens een strafbaar feit oplevert kan hiervan aangifte worden gedaan, hetgeen in dit geval echter niet is gebeurd.
- 6.4. 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, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Het laatste zal, in geval van opzet, echter niet snel aan de orde zijn, zo blijkt uit de Kamerstukken (NvW I, Kamerstukken II 1999/2000, 19529, 5, p. 27-28).
- 6.5. 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 ziektekostenverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang:
- 6.6. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn op verschillende momenten nota's ter declaratie ingediend betreffende psychologische zorg op naam van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat acht verschillende nota's hetzelfde factuurnummer dragen. Verder heeft hij onregelmatigheden in de inrichting van de nota's geconstateerd. Zo lijken er dingen te zijn verplaatst, aangevuld en te verspringen. Eén nota lijkt te zijn bewerkt met correctielak. Verder geldt voor de nota's vanaf het jaar 2023 dat deze niet juist kunnen zijn, omdat de zorgverlener in kwestie bij navraag door de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij vanaf dat jaar factureert via Infomedics en geen verzekerdennota's, zoals ingediend, meer verstuurt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in de gelegenheid gesteld de echtheid van de nota's aan te tonen door bewijs te leveren van betalingen aan de zorgverlener. Hij ontving hierop naar zijn zeggen bewijs van één betaling ter zake een bij hem niet bekende nota.

Verzoekster heeft deze stellingen van de ziektekostenverzekeraar niet althans onvoldoende gemotiveerd bestreden. Weliswaar heeft zij gesteld dat de nota's door een ander zijn ingediend, maar dat is voor het antwoord op de vraag of de nota's echt dan wel vervalst zijn niet relevant. Overigens heeft verzoekster zelf verklaard dat zij vanaf 2023 niet meer onder behandeling was bij de zorgverlener. Gelet op het voorgaande constateert de commissie dat niet anders kan worden geconcludeerd dan dat de in het geding zijnde nota's vals zijn.

De stelling van verzoekster dat althans de nota's van vóór 2023 wel echt zouden kunnen zijn, omdat de zorgaanbieder toen nog niet werkte met Infomedics, treft geen doel, nu mag worden aangenomen dat in dat geval de zorgverlener haar zou hebben aangesproken op betaling en verzoekster daarvan bewijs had kunnen leveren. Zij heeft dit echter niet gedaan toen de ziektekostenverzekeraar haar daar om vroeg en heeft ook in deze procedure geen betaalbewijzen aangeleverd.

- 6.7. De volgende vraag die moet worden beantwoord, is of het indienen van de valse nota's aan verzoekster kan worden toegerekend.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de nota's ter declaratie zijn ingediend via de digitale omgeving en dat hiervoor gebruik is gemaakt van de DigiD van verzoekster met een controle per SMS via haar telefoonnummer. Verzoekster heeft gesteld dat dit alles niet betekent dat zij de nota's heeft ingediend, omdat iemand anders gebruik zou kunnen hebben gemaakt van haar DigiD en dat mogelijk sprake is van identiteitsfraude.
De commissie overweegt dat DigiD wordt gebruikt voor online identificatie. DigiD is persoonlijk en betrokkene dient zijn of haar inloggegevens te beschermen om misbruik te voorkomen. Verzoekster heeft aangevoerd dat mogelijk sprake is van identiteitsfraude. Er zou in 2023 al een valse nota ter declaratie zijn ingediend, waarna zij telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. En in 2025 heeft zij verdachte sms-berichten ontvangen van de Belastingdienst. Uit deze stellingen, die overigens op geen enkele wijze zijn onderbouwd, blijkt niet dat sprake is (geweest) van identiteitsfraude of misbruik van de DigiD van verzoekster. Daarnaast is noch gesteld noch anderszins gebleken dat verzoekster aangifte heeft gedaan van identiteitsfraude of misbruik van haar DigiD, hoewel dit zou mogen worden verwacht in een dergelijke situatie. Ook de stelling van verzoekster dat haar ex-partner mogelijk de valse nota's heeft ingediend met haar DigiD overtuigt niet. Het had op haar weg gelegen om de inloggegevens van haar DigiD te beschermen om misbruik te voorkomen, ook in relatie tot haar ex-partner. Dat het telefoonnummer waarnaar het SMS-bericht is verstuurd op naam stond van haar ex-partner en verzoekster inmiddels over een ander telefoonnummer beschikt, is in dit verband niet relevant. De verwijzing, door verzoekster, naar bepalingen uit de Awb is niet ter zake doende en wordt gepasseerd. Dit geldt ook voor haar verwijzing naar adviezen van het Kifid en uitspraken van de overheidsrechter, nu een en ander verder niet door haar is gespecificeerd.
- 6.9. Verder stelt de commissie vast dat verzoekster degene is die financieel voordeel heeft behaald door de fraude, aangezien de vergoedingen van € 357,15 en € 568,76 zijn uitgekeerd ten gunste van haar bankrekening. Ook de andere nota's zouden, in geval van vergoeding, hebben geleid tot een betaling op haar bankrekening.
Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, kan de commissie tot geen andere conclusie komen dan dat het opzet tot misleiding door de ziektekostenverzekeraar is aangetoond en dat door hem tevens is aangetoond dat verzoekster hiervoor verantwoordelijk is. Hoewel hiertoe door de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar niet kunnen ontzenuwen. De ziektekostenverzekeraar kon daarom concluderen dat sprake is van fraude. Verzoekster had om die reden geen aanspraak op vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten. Nu sprake is van fraude was de ziektekostenverzekeraar in beginsel ook gerechtigd de overige maatregelen tegen verzoekster te treffen, te weten, naast terugvordering van de uitgekeerde vergoedingen, het opnemen van de

gebeurtenis onderscheidenlijk de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, het beëindigen van haar verzekering, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

Terugvordering

6.10. Gelet op de hiervoor getrokken conclusie had verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten c.q. heeft verzoekster de door haar gedeclareerde kosten ten onrechte vergoed gekregen, en mocht de ziektekostenverzekeraar op grond van de artikelen A.6 en A.15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering overgaan tot terugvordering van hetgeen door hem werd uitgekeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn vordering een overzicht overgelegd waarin onder andere alle gedeclareerde bedragen zijn vermeld en welke kosten volgens hem terecht dan wel onterecht zijn gedeclareerd. De onterecht uitgekeerde vergoedingen bedragen totaal € 925,91. Verzoekster heeft de ontvangst van deze bedragen niet bestreden, zij heeft geen bewijs geleverd van betaling aan de zorgverlener, en de hoogte van de terugvordering is door haar niet in het geding gebracht. De commissie gaat daarom uit van de juistheid van het teruggevorderde bedrag.

Registratie persoonsgegevens

6.11. De verwerking van persoonsgegevens is aan regels gebonden. Deze zijn vastgelegd in de direct werkende Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en op nationaal niveau nader uitgewerkt in de Uitvoeringswet AVG (UAVG). Aan bepaalde verwerkingen heeft de Autoriteit Persoonsgegevens bijzondere eisen gesteld. Zo bepaalt het Besluit lijst verwerkingen persoonsgegevens voor welke verwerkingen van persoonsgegevens een beoordeling van de gevolgen van het verwerken van persoonsgegevens, de zogenoemde Data Protection Impact Assessment (DPIA) verplicht is. Dit besluit is gebaseerd op de UAVG en hierin is vastgelegd dat bijvoorbeeld verzekeraars niet zomaar persoonsgegevens mogen verwerken in het kader van het opstellen van een ‘zwarte lijst’. Voor zover verwerking is toegestaan om de veiligheid en integriteit van de dienstverlening in de financiële sector te beschermen op grond van artikel 6 (1) (f) AVG, moet zijn voldaan aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit. Subsidiariteit houdt in dat de verwerking van de persoonsgegevens noodzakelijk is om het hiermee beoogde doel te bereiken, dat wil zeggen dat er geen andere manier is, die minder ingrijpend is voor de privacy van betrokkene. Bij de proportionaliteit gaat het om (i) de registratie van de persoonsgegevens ‘op zich’ en (ii) de duur van de registratie.

6.12. De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI), waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De ziektekostenverzekeraar is via zijn lidmaatschap van genoemde vereniging gebonden aan het PIFI. In het besluit inzake de verwerking van persoonsgegevens op basis van het PIFI heeft de Autoriteit Persoonsgegevens gesteld dat in diverse stadia van onderzoek en opname in het Incidentenregister en het EVR de benodigde proportionaliteits- en subsidiariteitsafwegingen zijn opgenomen die consequent gedocumenteerd moeten worden en dus verantwoord kunnen worden.

Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij de persoonsgegevens van betrokkene worden vermeld. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van een verzekeraar hebben toegang tot deze systematisch toegankelijke registratie. Toch kan opname hierin een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld.

Een verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van degene die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systematisch toegankelijke registratie waartoe alle verzekeraars toegang hebben. Medewerkers

van andere verzekeraars kunnen daardoor achterhalen of over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de melding heeft opgenomen in zijn Incidentenregister. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan betrokkene, in dit geval verzoekster, kunnen weigeren.

Artikel 5.2.1 PIFI bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Er moet enerzijds een zwaardere verdenking tegen betrokkene bestaan dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude. Anderzijds is een strafrechtelijke veroordeling voor fraude niet vereist (ECLI:NL:HR:2009:BH4720). Wel moet er bewijs zijn van opzettelijke misleiding.

De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van acht jaren opgenomen in het Incidentenregister en voor de duur van vier jaren in het EVR.

6.13. De persoonsgegevens van verzoekster zijn ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (IVR) van de ziektekostenverzekeraar, en wel over de periode van 14 juli 2025 tot en met 1 oktober 2033 respectievelijk 11 augustus 2025 tot en met 1 oktober 2033, zo blijkt uit de brief van 24 maart 2026. Op grond van artikel 4.5.3 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars moeten (zorg)verzekeraars een Gebeurtenissenadministratie bijhouden voor waarborging van de veiligheid en integriteit van de dienstverlening en de sector. Als een dossier wordt geopend bij de afdeling die is belast met het fraudeonderzoek worden de persoonsgegevens van betrokkene opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. Als betrokkene een risico vormt voor de veiligheid en/of integriteit van de verzekeraar mogen de gegevens ook worden opgenomen in het IVR.

6.14. De commissie overweegt dat de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in voornoemde registers voldoet aan de eis van subsidiariteit, nu het beoogde doel niet op een andere, minder ingrijpende wijze kan worden bereikt. Met betrekking tot de proportionaliteit geldt ten aanzien van de registratie ‘op zich’ dat het handelen van verzoekster de opname van haar persoonsgegevens in bedoelde registers rechtvaardigt. De duur van de registratie dient echter ook proportioneel te zijn. Het PIFI benoemt dat bij de registratie wordt uitgegaan van een duur van acht jaren. Hierbij geldt dat de gemaakte proportionaliteits- en subsidiariteitsafweging de duur van acht jaren rechtvaardigt. Bovendien dient deze afweging consequent te zijn gedocumenteerd en te kunnen worden verantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij – gezien de persoonlijke omstandigheden van verzoekster - de duur van de registratie in het EVR heeft teruggebracht tot vier jaren.

De commissie oordeelt dat hiermee is voldaan aan voornoemde voorwaarde en ziet geen aanleiding om de duur van de registraties (verder) te matigen.

Verhaal onderzoekskosten

6.15. In de artikelen A.6 en A.15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat in geval van misleiding en/of het overleggen van valse documenten de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 1.356,50 bedragen, en heeft hiervan een berekening overgelegd. Tevens heeft hij onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. Verzoekster heeft de berekening en het causale verband niet gemotiveerd bestreden. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten bij verzoekster in rekening mocht brengen en dat zij deze moet voldoen.

Slotsom

6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 juni 2026,

J.J.M. Linders

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 er 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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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.

- De vergoedingen die u eerder van ons ontving, kunnen wij terugvorderen.

Is iemand anders aansprakelijk voor de zorg(kosten) die u nodig heeft?

Iemand anders kan aansprakelijk zijn voor gebeurtenissen, omstandigheden of ongevallen waardoor u zorg nodig heeft. Hiervoor geldt:

- U moet dit zo snel mogelijk aan ons melden.
- U moet ons helpen als wij de kosten gaan verhalen. Als u ons niet helpt, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan.
- U geeft vorderingen die u op anderen heeft of krijgt aan ons over bij de ingang van uw verzekering.
- U mag geen afspraken maken met degenen die wij aansprakelijk kunnen stellen voor de zorg(kosten). U mag hiervoor ook geen overeenkomst sluiten met bijvoorbeeld een andere verzekeraar. Als wij u vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven, mag u wel afspraken maken of een overeenkomst sluiten.

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft

U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen

Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres

U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.

Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.
- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen

Heeft het CAK voor u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dat kan als u geen basisverzekering heeft maar deze wel zou moeten hebben volgens de zorgverzekeringswet.

Kunt u deze verzekering opzeggen?

Dit kan als u aan ons en aan CAK kunt bewijzen dat u zelf al een andere basisverzekering heeft afgesloten. U moest deze afsluiten binnen 3 maanden na de mededeling van CAK dat u onterecht niet verzekerd was.

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?

Binnen 2 weken nadat CAK u heeft meegedeeld dat zij voor u een basisverzekering bij ons heeft afgesloten. De verzekering stopt dan op de ingangsdatum, alsof deze niet heeft bestaan.

In alle andere gevallen kunt u de basisverzekering van het CAK de eerste 12 maanden niet opzeggen.

Zie ook:

- [CAK](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering

Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:

- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont. Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.
- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt. U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering

Bent u verzekerd voor een basisverzekering terwijl u niet verplicht verzekerd moet zijn? Dan beëindigen wij uw basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Dat betekent dat de basisverzekering nooit heeft bestaan.

Bij misdrijf of overtreding

Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:

- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering

Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.

Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)

Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?

U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.

U kunt korting krijgen op uw premie:

- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:

- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgesloten;
- verplicht eigen risico en eigen bijdrages die u zelf moet betalen door wettelijke regelingen;
- toeslagen of extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen voor een vrijwillig eigen risico staan op uw premiebijlage zijn in euro's.

A.16. Privacy en controle

Privacy

Wij verwerken alleen gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Dit doen wij volgens de voorwaarden die we met u hebben afgesproken. We bewaren deze gegevens in onze administratie.

We verwerken uw persoonsgegevens volgens:

- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en
 - de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).
- In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantenservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg

Informatie die wij delen

Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakketsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:

- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
 - de Zorgverzekeringswet,
 - het landelijk 'Protocol materiële controle' en
 - het landelijk 'Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen'.
- U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener

Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:

- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;
 - een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.
 - de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).
- Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Gecontracteerde zorgverleners

Wij hebben met zorgverleners contracten gesloten over zorg of middelen die zij leveren. In die contracten staan afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Ook staan hierin de voorwaarden waaronder die zorg geleverd mag worden en de manier van declareren. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners.

Als wij een zorgverlener hebben gecontracteerd, dan is dat niet altijd voor alles wat hij levert. Dit kan betekenen: