

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door G tegen C te D en E te F  
Zaak : Veronderstelde fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), buitenland nota, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekeringen, het niet vergoeden van gedeclareerde kosten, vordering onderzoekskosten  
Zaaknummer : 2009.01884  
Zittingsdatum : 21 april 2010

1. Partijen

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

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 22 december 2008, waarin geconcludeerd is dat verzoeker heeft getracht de ziektekostenverzekeraar financieel te benadelen door het declareren van behandelingen door dr. M. Mirzai in Kerman, Iran. Daarnaast is geconcludeerd dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. In verband hiermee wordt de betreffende nota niet vergoed, worden de aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoeker per 1 januari 2009 beëindigd, en worden de (externe) onderzoekskosten op verzoeker verhaald.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis vier sterren en Beter Af Tandarts Polis één ster afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft in mei 2008 een nota ad 53.550.000 IRR (€ 3.638,83) ingediend voor de aan hem verleende medische zorg in april 2008 gedurende zijn verblijf in Iran.
- 3.3. Op 22 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de declaratie voor medische zorg in Iran is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoeker heeft getracht hem financieel te benadelen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoeker een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 1 september 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten moet vergoeden, dat hij verzoekers naam verwijdt uit zowel het interne Incidentenregister als het register van de Stichting CIS, en dat hij afziet van het vorderen van de (externe) onderzoekskosten (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 1 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker is op 21 april 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft tijdens zijn vakantie in Iran een ongeval gehad. Hij heeft op 12 april 2008, terwijl hij zijn wisselgeld stond te tellen, het portier van een taxi tegen zijn neus gekregen, doordat een klant die net was ingestapt het portier dicht trok. Hij heeft hierop contact opgenomen met dr. Mirzai en is diezelfde dag door deze arts onderzocht. Op 13 april 2008 is hij opgenomen in het ziekenhuis en door voornoemde arts geopereerd. Op 14 april 2008 is verzoeker ontslagen uit het ziekenhuis.
- 4.2. Verzoeker heeft afdoende aangetoond dat de conclusies van de ziektekostenverzekeraar ondeugdelijk en niet op de feiten gebaseerd zijn en daardoor geen stand kunnen houden. Met name uit de ongedateerde brief van dr. Mirzai, die verzoeker op 31 juli 2009 naar de ziektekostenverzekeraar heeft verstuurd, blijkt dat de conclusies van de ziektekostenverzekeraar niet juist zijn: de kosten die dr. Mirzai in deze brief opsomt, zijn dezelfde als de kosten die verzoeker heeft gedeclareerd. Daarom is het in dit geval redelijk uit te gaan van de juistheid van zijn stellingen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker benadrukt, dat geen sprake is van fraude. Hij heeft op 12 april 2008 zijn neus gebroken en moest daarom geopereerd worden. Er was dus geen sprake van een cosmetische ingreep; de ingreep was spoedeisend en kon dus niet worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland. Het ongeluk en het eerste consult hebben op 12 april 2008 plaatsgevonden. Het verschil in datum voor het eerste consult wordt wellicht veroorzaakt doordat Iran een andere kalender heeft dan Nederland. De kosten van de ingreep zijn door verzoeker contant betaald. De CT-scan en het bloedonderzoek zijn in een ander ziekenhuis uitgevoerd en zijn apart betaald.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit onderzoek is gebleken dat het eerste consult bij dr. Mirzai heeft plaatsgevonden op 10 april 2008. Dr. Mirzai heeft de volgende diagnose gesteld: "oude fractuur van de neus welke leidde tot problemen met ademen". Dr. Mirzai heeft verklaard dat het eerste consult heeft plaatsgevonden enkele dagen nadat het portier van een taxi tegen de neus van verzoeker was gekomen; daarbij had verzoeker al bestaande klachten. Tevens heeft dr. Mirzai verklaard dat hij op verzoek van verzoeker de verklaring heeft uitgeschreven, omdat verzoeker hem heeft verteld dat hij in Teheran extra kosten heeft moeten maken. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat verzoeker heeft gesteld dat het ongeval op 12 april 2008 heeft plaatsgevonden, hetgeen niet overeenkomt met hetgeen door de behandelend arts is verklaard.

5.2. De behandelend arts heeft verklaard dat een bedrag van 18.000.000 IRR aan hem is betaald. Door het ziekenhuis is verklaard dat door verzoeker een bedrag van 3.933.000 IRR is voldaan. Van de overige kosten is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat die in rekening zijn gebracht bij verzoeker of dat deze door hem zijn betaald. De resultaten van de door verzoeker gedeclareerde CT-scan en bloedonderzoek zijn niet meer aanwezig in zijn dossier.

5.3. Uit de brief van 7 november 2007 van mevrouw drs. M. Verhoeff, KNO-arts, aan de huisarts van verzoeker, blijkt dat verzoeker door haar is onderzocht. Hierbij is vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van een verminderde neuspassage bij septumdeviatie en congestieve slijmvliezen. Een allergietest zou worden verricht, alsmede een rhinomanometrie. Tevens werd een neusspray op proef voorgeschreven. De KNO-arts deelt in het schrijven mede dat eventueel een septumcorrectie dan wel in- en uitwendige neuscorrectie te overwegen is.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat dr. Mirzai heeft verklaard dat het eerste consult op 10 april 2008 heeft plaatsgevonden en dat het gaat om een oude fractuur. Verzoeker heeft getracht op oneigenlijke gronden een vergoeding te krijgen. Hij heeft een onjuiste voorstelling van zaken gegeven. De verklaring van verzoeker strookt niet met de verklaring van voornoemde arts. Als geen sprake is van spoedeisende zorg, bestaat geen recht op vergoeding van de kosten. Verzoeker heeft doen voorkomen dat het om spoedhulp gaat. De ziektekostenverzekeraar zet hier vraagtekens bij. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat sprake is van opzet, nu verzoeker heeft getracht een vergoeding te krijgen op basis van de ingediende stukken.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het niet vergoeden van de gedeclareerde kosten, de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoeker per 1 januari 2009, en het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoeker.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de zorgverzekering. In artikel 17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt als volgt:

*“Artikel 17 Fraude*

*17.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.*

*17.2 Elk uit deze zorgverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.*

*17.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:*

- a. aangifte doen bij de politie;*
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;*
- c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;*
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.”*

- 8.2. Verder is in artikel 3.2.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering geregeld dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering beëindigt bij aangetoonde fraude.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude als bedoeld in artikel 17.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van artikel 17.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 9.3. De bedoeling van artikel 17.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen

aan de verzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn inmiddels ook neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. Sedert de inwerkingtreding op 1 januari 2006 van het nieuwe verzekeringsrecht als onderdeel van het Burgerlijk Wetboek in Boek 7, titel 17, BW is krachtens de hoofdregel van overgangsrecht (zie artikel 68a lid 1 Overgangswet nieuw Burgerlijk Wetboek) artikel 7:941 BW onmiddellijk van toepassing. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 17.1 van de zorgverzekering gebezigde terminologie “onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.

- 9.4. Het voorgaande betekent kort gezegd dat sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang. Verzoeker heeft een declaratie ingediend voor in Kerman (Iran) gemaakte kosten voor specialistische behandeling met ziekenhuisopname, en wat daarmee naar zijn mening verband heeft gehouden, zulks na een hem op 12 april 2008 aldaar bekomen ongeval. De declaratie als vervat in de verklaring van de specialist belooft een totaal bedrag van 53.550.000 IRR. Verzoeker heeft daarbij verklaard dat dit bedrag volledig aan de specialist is betaald. Naar aanleiding van de declaratie heeft de ziektekostenverzekeraar een onderzoek ter plaatse doen instellen waarvan is gerapporteerd door een agent van Eurocross. Bij dit door de ziektekostenverzekeraar overgelegde z.g. report, gedateerd 28 september 2008, zijn vragenlijsten (questionnaires) gevoegd met antwoorden gegeven door de specialist onderscheidenlijk een functionaris van het betrokken ziekenhuis die ook door deze agent is gehoord. Daaruit komt naar voren dat verzoeker op 10 april 2008 (en niet op 12 april 2008, de datum van het ongeval) de specialist, die ook praktijk heeft als plastisch chirurg, heeft geconsulteerd. Als diagnose is gesteld: een oude fractuur die heeft geleid tot dislocatie van het nasale septum en problemen met ademhaling. Daarnaast bevindt zich bij de stukken een verklaring, opgenomen in een faxbericht van 16 april 2008, van een behandelend KNO-arts van het UMC. Deze specialist deelt daarin de huisarts mee dat verzoeker de polikliniek op 7 november 2007 heeft bezocht; dat blijkens de anamnese bij hem sprake is van een in vroeger jaren opgelopen neustrama, en voorts dat de neus van patiënt lijkt scheef te groeien, met als conclusie “verminderde neuspassage bij septumdeviatie”, controle over zes á acht weken. Verzoeker zelf heeft bij de beantwoording van vragen in het “toelichtingen-formulier betreffende ziektekosten” op een desbetreffende vraag vermeld dat hij in Nederland wel eerder bij een KNO-arts (waarvan hij de naam niet meer weet) is geweest omdat hij soms niet goed kan ademen.
- 9.5. Uit bovengenoemde questionnaire komt naar voren als verklaring van de specialist dat deze voor behandeling (een in het ziekenhuis uitgevoerde operatieve ingreep) een bedrag van 18.000.000 IRR heeft ontvangen van verzoeker; en voorts, als verklaring van de ziekenhuisfunctionaris dat de kosten aldaar 3.933.000 IRR bedroegen en waren betaald. Tijdens de procedure is door de advocaat van verzoeker een ongedateerde, op zijn verzoek door de specialist afgegeven verklaring overgelegd waarin het geconstateerde verschil tussen de som van de bedragen voor medische zorg en het eindbedrag op de declaratie onder meer wordt verklaard door vermelding van een ongespecificeerd bedrag voor “additional expenses” van 20.067.000 IRR. Volgens het report van de agent is door het ziekenhuis in een gesprek opgegeven dat volgens verzoeker het bedrag van extra kosten zou zijn veroorzaakt door extra kosten in Kerman. Volgens genoemde agent zou de specialist hem hebben gezegd dat het

bedrag van extra kosten door hem op verzoek van verzoeker was opgenomen, zonder dat hij dat bedrag overigens zelf van verzoeker had ontvangen.

- 9.6. De commissie concludeert dat het geheel van vorenstaande feiten een wezenlijk ander beeld doet ontstaan omtrent de situatie van verzoeker ten tijde van diens eerste consult en vervolgens medische behandeling te Kerman dan verzoeker wil doen voorkomen met zijn verklaringen en (deels ontwijkende) antwoorden als bovenvermeld. Daarbij komt, dat de uitkomst van het in opdracht van de ziektekostenverzekeraar in Iran uitgevoerde onderzoek naar de juistheid van het gedeclareerde bedrag van 53.500.000 IRR niet in overeenstemming is met wat verzoeker als direct voor de declaratie verantwoordelijke zelf heeft gesteld, daargelaten nog het gebrek aan dekken- de betaalbewijzen. De commissie komt daarmee tot het oordeel dat verzoeker voor zijn declaratie gebruik heeft gemaakt van een onjuiste voorstelling van zaken met gebruik van misleidende stukken. Op basis van de gang van zaken zoals die uit meergenoemde stukken naar voren is gekomen, komt de commissie verder tot het oordeel dat aan verzoekers handelen de vooropgezette bedoeling ten grondslag moet hebben gelegen tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt tot de verdere conclusie dat bij verzoeker tevens sprake is geweest van opzet, in de zin van bovengenoemd artikel 7:941, lid 5 BW als vereiste voor verval van recht op uitkering en beëindiging van aanvullende verzekering.

9.7. **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter