

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa

Zaaknummer: 202501657

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

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. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 13 oktober 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 november 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 19 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 januari 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Op 26 maart 2024 heeft verzoeker op een servicekantoor van de ziektekostenverzekeraar een contante betaling gedaan in verband met een betalingsachterstand.
- 2.3. In een telefoongesprek op 16 augustus 2024 heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij op 26 maart 2024 een bedrag van € 450,- in contanten heeft betaald. Eveneens op 16 augustus 2024 heeft hij, ten bewijze hiervan, een document genaamd 'Bewijs van ontvangst' aangeleverd.
- 2.4. Bij brief van 15 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd over een door hem uitgevoerd fraudeonderzoek en over de voorlopige bevindingen naar aanleiding daarvan. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat verzoeker fraude heeft gepleegd. In dat verband zijn aan hem de volgende maatregelen opgelegd:
  - de nader te bepalen onderzoekskosten worden op verzoeker verhaald;

- de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar, voor de duur van vier jaren na afronding van het fraudeonderzoek;
- de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het Interne Verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar (hierna: IVR), voor de duur van vier jaren na afronding van het fraudeonderzoek;
- de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar tot 15 oktober 2028.

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker de gelegenheid geboden te reageren. Nadien hebben partijen hierover gecorrespondeerd.

- 2.5. Bij brief van 26 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn standpunt niet wijzigt. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat geen sprake is van fraude en dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de op 26 maart 2024 gedane contante betaling van € 450,-- juist te verwerken, of, als de ziektekostenverzekeraar van mening blijft dat sprake is van fraude, hij gehouden is de zorgverzekering te beëindigen en te stoppen met iedere vorm van incasso.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 13 oktober 2025 toegelicht dat hij in maart 2024 een contante betaling heeft gedaan van € 450,--. Volgens de ziektekostenverzekeraar is echter maar € 150,-- betaald. Hierdoor is een betalingsachterstand geregistreerd. Ondanks herhaalde verzoeken om dit te corrigeren, blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt.
- 3.3. In januari 2025 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar een duidelijk ultimatum gesteld. Hij heeft gevraagd om verwerking van het volledige bedrag dat door hem contant is betaald, of, als de ziektekostenverzekeraar van mening blijft dat sprake is van frauduleus of onjuist handelen, om beëindiging van de zorgverzekering en het stoppen van alle vormen van incasso. Ondanks dit ultimatum blijft verzoeker betalingsherinneringen ontvangen en is een incassotraject ingezet, met overdrachten aan het CAK en het CJIB. De ziektekostenverzekeraar blijft zich op het standpunt stellen dat niet is betaald en suggereert daarmee dat door verzoeker onwaarheden worden verteld. Dit ervaart verzoeker als ernstig en beschadigend.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker desgevraagd verklaard dat het beëindigen van de zorgverzekering geen onderdeel meer uitmaken van zijn verzoek. Verzoeker vindt het ernstig dat hij wordt beschuldigd van fraude. Dit heeft ernstige gevolgen. Een dergelijke beschuldiging moet worden gebaseerd op objectief bewijs. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing gebaseerd op de verklaringen van een medewerker. De ziektekostenverzekeraar kan het origineel van het bewijs van ontvangst is niet meer te achterhalen, omdat het systeem waarin dit staat blijktbaar is uitgefaseerd. Hij kan het dus niet meer vergelijken. Er is geen onafhankelijke analyse van het document uitgevoerd. De conclusie dat sprake is van fraude is niet goed onderbouwd. Verzoeker kan niet meer achterhalen welk bedrag op het moment van betaling op 26 maart 2024 openstond. Het is ruim twee jaar geleden gebeurd. Verzoeker kan alleen nog maar afgaan op de formulieren en op basis daarvan zou het openstaande bedrag € 487,25 zijn. Verzoeker heeft meerdere malen gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Echter, de ziektekostenverzekeraar heeft alleen gesprekken naar voren gebracht die in zijn eigen voordeel zijn. Wat er in die periode is besproken kan hij zelf niet zeggen.

Ten aanzien van de individuele belangenafweging geldt dat de beschuldiging van fraude buitenproportioneel is, vooral omdat direct is uitgegaan van fraude zonder te kijken naar wat het probleem is. De zaak is vanaf het begin al zo behandeld, zonder te kijken of partijen er samen uit konden komen. Zonder concreet bewijs kan iemand niet van fraude worden beschuldigd. Daarnaast lijkt door de ziektekostenverzekeraar geen onafhankelijk forensisch onderzoek te zijn uitgevoerd naar het document.

Het origineel van het document is wel opgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Dit is gebeurd na telefonisch contact. De ziektekostenverzekeraar stelt echter dat het niet is ontvangen. Verder ligt de vraag voor of de conclusie dat sprake is van fraude uitsluitend is gebaseerd op de administratie van de zorgverzekeraar en de herinnering van de medewerker.

In het onderzoeksrapport staat dat er mogelijk lichte afwijkingen zijn en dat er verschil van kleur lijkt te zijn. Bij een beschuldiging van fraude zijn de woorden ‘mogelijk’ en ‘lijkt te zijn’ onvoldoende om vast te stellen dat sprake is van fraude. De conclusie dat sprake is van fraude is gebaseerd op aannames en niet op bewijs.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat sprake is van fraude en hij heeft in dit verband maatregelen aan verzoeker opgelegd. Bij brief van 27 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de (onbetwiste) betalingsafpraak van 26 maart 2024 als uitgangspunt geldt. Deze afspraak hield in dat na een betaling van € 150,- de destijds geplande zitting geen doorgang zou vinden, waarna een tijdelijke betalingsregeling van € 50,- per maand zou kunnen worden afgesproken. De stelling van verzoeker dat door hem een bedrag van € 450,- contant is betaald, kwalificeert als een bevrijdend verweer. Met deze stelling beroept verzoeker zich immers op het rechtsgevolg dat de op hem rustende betalingsverplichting teniet is gegaan, althans dat deze verplichting voor een bedrag van € 450,- is nagekomen (vgl. Hoge Raad 27 november 2009, ECLI:NL:HR:2009:BJ8725). Van deze stelling draagt verzoeker op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de bewijslast. Anders dan verzoeker aanvoert, is het niet aan de ziektekostenverzekeraar om bewijs te leveren van de argumenten waarmee hij de stellingen van verzoeker betwist.

Voor het document ‘Bewijs van ontvangst’ geldt dat sprake is van afwijkingen in de opmaak, waaronder verschillende schrijfwijzen van het bedrag en de afstand tussen de afzonderlijke cijfers, en van een ongebruikelijk kleurverschil. Daarnaast komt het bedrag niet overeen met de registratie in het kassysteem.

- 4.2. Bij brief van 19 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker heeft geprobeerd hem te misleiden door met behulp van een valse kwitantie het te doen voorkomen dat hij meer heeft betaald dan in werkelijkheid het geval is. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de deurwaarder op 25 maart 2024 een dagvaarding aan verzoeker heeft uitgebracht. Deze dagvaarding heeft betrekking op een betalingsachterstand van € 345,18. Een dag later, op 26 maart 2024, heeft verzoeker een bezoek gebracht aan het servicekantoor in [woonplaats]. Dit bezoek is als volgt vastgelegd in de administratie: *“VZ wil achterstand contant betalen. Debiteuren geeft aan dat dit niet mogelijk is dossier ligt bij GGN. Contact GGN als vz nu € 150,- betaal[t] wordt de zitting stop gezet. Overige kosten in BR gezet € 50,-.”*

De contante betaling door verzoeker van € 150,- is door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar administratief verwerkt. Ook uit de kasregistratie van 26 maart 2024 blijkt dat een bedrag van € 150,- is geboekt.

Op 27 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een brief gestuurd ter bevestiging van de betalingsregeling van € 50,- per maand. Omdat verzoeker zich vervolgens niet aan het afgesproken aflossingsschema hield, heeft de ziektekostenverzekeraar op 17 mei 2024 een betalingsherinnering gestuurd. Ook hierop is geen betaling ontvangen en daarom heeft de

ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd dat de betalingsregeling is beëindigd. De deurwaarder heeft opnieuw een dagvaarding uitgebracht.

Op 16 augustus 2024 heeft verzoeker driemaal telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In het eerste gesprek gaf verzoeker aan dat hij de premieachterstand wil betalen, maar dat hij het niet eens is met de incassokosten. In het tweede gesprek stelde verzoeker dat hij dacht dat hij de nota van de deurwaarder al had voldaan. In het derde en laatste gesprek betrok verzoeker de stelling dat hij op 26 maart 2024 aan de balie een bedrag van € 450,- heeft betaald. Eveneens op 16 augustus 2024 stuurde verzoeker een scan van een 'Bewijs van ontvangst'. Op 23 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met verzoeker om het originele 'Bewijs van ontvangst' op te vragen. Verzoeker heeft in dat gesprek vermeld dat hij al het gevoel had dat de scan niet duidelijk was en dat hij een foto zou sturen. Omdat het verhaal van verzoeker niet strookte met de geregistreerde betaling en ook niet met de herinnering van de medewerker die de betaling in ontvangst heeft genomen, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten tot een onderzoek. Over dit onderzoek, de voorlopige bevindingen naar aanleiding hiervan, en de voorlopige conclusie is verzoeker bij brief van 15 oktober 2024 geïnformeerd. Op 20 oktober 2024 reageerde verzoeker per e-mail met als bijlage een foto van het 'Bewijs van ontvangst'. In de daaropvolgende periode heeft de afdeling BBO met verzoeker gemaild over het originele 'Bewijs van ontvangst'. Omdat de reactie van de verzoeker geen aanleiding vormde om de voorlopige conclusie te herzien, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 26 november 2024 over zijn definitieve standpunt geïnformeerd. Verzoeker heeft zijn bezwaren per e-mailbericht van 3 december 2024 kenbaar gemaakt. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd over de uitkomst van de heroverweging. Uit de notitie van het baliebezoek van 26 maart 2024 blijkt dat na afstemming met de deurwaarder de afspraak is gemaakt dat de procedure zou worden ingetrokken indien verzoeker op die dag € 150,- zou betalen. Uit de administratie blijkt dat op de betreffende dag een bedrag van € 150,- is geregistreerd en een uitdraai uit het kasboek bevestigt deze boeking. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar die verzoeker op 26 maart 2024 te woord heeft gestaan, kan zich het gesprek nog goed herinneren en ook zij bevestigt dat verzoeker een bedrag van € 150,- heeft betaald. Hij heeft hiervan bewijs aangeboden door middel van een verklaring van de desbetreffende medewerker.

De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij nog opgemerkt dat het allerminst aannemelijk is dat verzoeker op 26 maart 2024 een bedrag van € 450,- zou hebben betaald als de vordering op dat moment, zoals blijkt uit de dagvaarding, € 345,18 bedroeg. Ook de vermelding "*overige bedrag in betalingsregeling*" onderaan de pagina is niet logisch te verklaren als verzoeker op een vordering van € 345,18 een bedrag van € 450,- zou hebben afgelost.

Aan het verzoek om de zorgverzekering te beëindigen heeft de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 8a van de Zorgverzekeringswet, geen gehoor gegeven.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat uit de dagvaarding van 25 maart 2024 blijkt dat een bedrag van € 345,18 openstond. Verzoeker is een dag later op het kantoor geweest en dat is vastgelegd in de administratie. De medewerker heeft met het incassobureau gebeld en die heeft aangegeven dat de zitting niet doorgaat als er € 150,- zou worden betaald. Op het moment dat de verzoeker aan de balie kwam, stond er nog maar € 345,18 open. Het is dan niet aannemelijk dat een bedrag van € 450 is betaald. Zeker niet gezien de registraties die zijn gemaakt en de herinnering van de medewerker.

Verzoeker heeft drie keer telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De eerste keer heeft hij aangegeven dat hij de premie wil betalen, maar dat hij een probleem heeft met de incassokosten. Later die dag belde verzoeker opnieuw en zei hij dat hij al € 450,- had betaald. Dit past niet bij het verhaal en dit heeft hij kennelijk later bedacht. De stelling dat € 450,- is betaald, is ook later ingenomen. Het lijkt erop dat verzoeker zijn verhaal rond wil maken door te wijzen op het bedrag van € 487,29.

Het daadwerkelijke afschrift van het gescande betalingsbewijs kan niet meer worden uitgedraaid, maar hiervoor geldt dat alles wat daarop zou hebben gestaan, niet handmatig wordt ingetypt. De

informatie is wel beschikbaar. Verzoeker heeft in het fraudeonderzoek aangegeven dat hij het origineel zou opsturen, maar dit is tot op heden niet ontvangen. Als wordt gekeken naar de scan en de foto lijkt het bewijs van ontvangst te zijn aangepast. Samen met de gang van zaken en alle administratie, kan worden geconcludeerd dat sprake is van fraude.

Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de fraudeonderzoeker denkt te zien dat de 4 van de € 450,-- anders is opgemaakt. Als de 4 van het totaalbedrag wordt vergeleken met de 4 van het relatienummer lijkt deze anders. Het zou kunnen dat het driehoekje van de 4 is toegevoegd. Ook lijkt de drukking bij de 4 anders. Dit is wat wordt bedoeld met 'mogelijk lichte afwijkingen'. Deze afwijkingen staan natuurlijk naast de andere vaststellingen die door de zorgverzekeraar zijn gedaan. Het helpt niet mee dat verzoeker het origineel niet heeft toegestuurd. De individuele belangenafweging is in dit geval gedaan aan de hand van de meegestuurde maatregelenrichtlijn. Onderaan dit document staat de uitleg. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat een registratie van vier jaar proportioneel is. Het gaat om een laag bedrag en een poging. Er zijn meerdere momenten waarop verzoeker zich had kunnen bedenken. Ook gaat het om voortzetting met vervalsing van bewijs.

Het onderzoek is uitgevoerd door de fraudeafdeling van de ziektekostenverzekeraar. Het onderzoek is voldoende om te concluderen tot fraude, maar verder forensisch onderzoek is ook niet mogelijk als het origineel niet wordt opgestuurd.

## 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 voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Burgerlijk Wetboek (BW), het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan fraude in de zin van artikel A.15. van de verzekeringsvoorwaarden. In dat kader heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoeker getroffen, die zijn vermeld onder het kopje 'Hoe nu verder' van de brief aan verzoeker van 15 oktober 2024, welke maatregelen in de beslissing van 26 november 2024 definitief zijn opgelegd. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in artikel A.15. van de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.3. De commissie zal eerst beoordelen of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op door de ziektekostenverzekeraar getroffen maatregelen.

### *Veronderstelde fraude*

- 6.4. In artikel A.15. van de verzekeringsvoorwaarden is, voor zover hier van belang, het volgende opgenomen:

***“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.”

6.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker fraude gepleegd door met behulp van een vervalst ‘Bewijs van ontvangst’ het te doen voorkomen dat hij meer heeft betaald dan in werkelijkheid het geval is. De commissie begrijpt de stelling van de ziektekostenverzekeraar aldus dat hij zich op het standpunt stelt dat verzoeker hem verkeerde informatie heeft verstrekt door valse of misleidende documenten aan hem te geven, zoals bedoeld in artikel A.15. van de verzekeringsvoorwaarden.

De commissie overweegt dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat inderdaad sprake is van een vals of misleidend document. Daarbij is het volgende van belang.

6.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het door verzoeker ingediende document, waaruit zou moeten blijken dat op 26 maart 2024 een bedrag van € 450,- is betaald, valselijk opgemaakt. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar de hiervan gemaakte notitie, toegelicht dat op 26 maart 2024 - na overleg met de incassogemachtigde - met verzoeker is afgesproken dat na betaling van een bedrag van € 150,- de zitting bij de rechtbank, waarvoor reeds een dagvaarding was uitgebracht, geen doorgang zou vinden. Vervolgens is een contante betaling van € 150,- administratief verwerkt en heeft de ziektekostenverzekeraar in de kasregistratie vastgesteld dat een bedrag van € 150,- is betaald. Ook heeft de betrokken medewerkster bevestigd aan de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker genoemd bedrag heeft betaald. Ten aanzien van het ontvangstbewijs van het bedrag ad € 450,-, gedateerd 26 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat sprake is van afwijkingen in de opmaak, waaronder verschillende schrijfwijzen van het bedrag en de afstand tussen de afzonderlijke cijfers, en van een ongebruikelijk kleurverschil. Tot slot is het volgens de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk dat verzoeker op 26 maart 2024 een bedrag van € 450,- zou hebben betaald, omdat de achterstand op dat moment € 345,18 bedroeg.

Verzoeker heeft hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld niet gemotiveerd weersproken. Hierbij geldt dat door de ziektekostenverzekeraar terecht is opgemerkt dat op degene die zich erop beroept bevrijdend te hebben betaald de stelplicht en bewijslast ter zake die betaling rust, gelet op artikel 150 Rv.

Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar aangetoond dat verzoeker op 26 maart 2024 een bedrag van € 150,- in contanten heeft betaald en niet € 450,- zoals zou moeten blijken uit het door hem bij de ziektekostenverzekeraar ingediende ‘Bewijs van ontvangst’ en dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar een vals of misleidend document heeft gegeven, zoals bedoeld in artikel A.15. van de verzekeringsvoorwaarden. Daartoe in de gelegenheid gesteld heeft verzoeker deze conclusie niet ontzenuwd. Daarom mocht de ziektekostenverzekeraar concluderen dat sprake was van fraude.

#### *Registratie persoonsgegevens*

6.7. 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 moet op grond van het ‘Besluit lijst verwerkingen persoonsgegevens’ waarvoor een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (DPIA) verplicht is, voor bepaalde verwerkingen van persoonsgegevens een zogenoemde Data Protection Impact Assessment (DPIA) worden uitgevoerd. Dit betekent een onderzoek dat duidelijk maakt of en waar privacyrisico’s ontstaan bij het verwerken van persoonsgegevens. Het 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’. Aan de Autoriteit Persoonsgegevens is het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: PIFI), inclusief DPIA, ter beoordeling voorgelegd, waarop de Autoriteit Persoonsgegevens positief heeft beslist. 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.

- 6.8. De eisen voor registratie in het Incidentenregister zijn opgenomen in 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 de benodigde proportionaliteits- en subsidiariteitsafwegingen zijn opgenomen die consequent gedocumenteerd moeten worden en dus verantwoord kunnen worden.
- 6.9. 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 toegankelijk registratie. Toch kan opname hierin een externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld. De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoeker tot 15 oktober 2028 opgenomen in het Incidentenregister.
- 6.10. De persoonsgegevens van verzoeker zijn ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (IVR) van de ziektekostenverzekeraar, en wel voor de duur van 4 jaren na afronding van het fraudeonderzoek. 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.
- 6.11. De commissie overweegt dat de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in voornoemde registers voldoet aan de eis van subsidiariteit, nu het 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 verzoeker de opname van zijn persoonsgegevens in bedoelde registers rechtvaardigt. De duur van de registratie dient echter ook proportioneel te zijn. Het PIFI benoemt dat registratie uitgaat van een duur van acht jaren. Hierbij geldt dat de gemaakte proportionaliteits- en subsidiariteitsafweging de duur rechtvaardigt. Bovendien dient deze afweging consequent te zijn gedocumenteerd en te kunnen worden verantwoord. In onderhavig geval heeft de ziektekostenverzekeraar dit, met betrekking tot de opgelegde duur van drie

respectievelijk vier jaren, in voldoende mate gedaan door middel van de door hem overgelegde 'maatregelenrichtlijn' en de daarin opgenomen opmerkingen

#### *Verhaal onderzoekskosten*

6.12. In artikel A.15. van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 oktober 2024 verklaard dat deze kosten worden berekend na afronding van het onderzoek. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar hier na de brief van 15 oktober 2024 niet meer op is teruggekomen. Het is dus niet duidelijk geworden welk bedrag aan onderzoekskosten in rekening wordt gebracht, hoe deze kosten zijn berekend en of deze kosten het rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoeker. Voor zover de ziektekostenverzekeraar onderzoekskosten bij verzoeker in rekening heeft gebracht, was dit om voornoemde redenen niet toegestaan. Gelet hierop ziet de commissie aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker te betalen.

#### *Slotsom*

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### **7. Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

- i) voor zover dit is gebeurd, het de ziektekostenverzekeraar niet was toegestaan bij verzoeker onderzoekskosten in rekening te brengen;
- ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;
- iii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 28 april 2026,

L. Ritzema

## **Informatie voor partijen**

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

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als 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

---

## **Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering**

---

### **Artikel 150**

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

- e) worden bewaard in een vorm die het mogelijk maakt de betrokkenen niet langer te identificeren dan voor de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt noodzakelijk is; persoonsgegevens mogen voor langere perioden worden opgeslagen voor zover de persoonsgegevens louter met het oog op archivering in het algemeen belang, wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden worden verwerkt overeenkomstig artikel 89, lid 1, mits de bij deze verordening vereiste passende technische en organisatorische maatregelen worden getroffen om de rechten en vrijheden van de betrokkene te beschermen („opslagbeperking”);
  - f) door het nemen van passende technische of organisatorische maatregelen op een dusdanige manier worden verwerkt dat een passende beveiliging ervan gewaarborgd is, en dat zij onder meer beschermd zijn tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging („integriteit en vertrouwelijkheid”).
2. De verwerkingsverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de naleving van lid 1 en kan deze aantonen („verantwoordingsplicht”).

#### Artikel 6

### Rechtmatigheid van de verwerking

1. De verwerking is alleen rechtmatig indien en voor zover aan ten minste een van de onderstaande voorwaarden is voldaan:
- a) de betrokkene heeft toestemming gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden;
  - b) de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een overeenkomst waarbij de betrokkene partij is, of om op verzoek van de betrokkene vóór de sluiting van een overeenkomst maatregelen te nemen;
  - c) de verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die op de verwerkingsverantwoordelijke rust;
  - d) de verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene of van een andere natuurlijke persoon te beschermen;
  - e) de verwerking is noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of van een taak in het kader van de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is opgedragen;
  - f) de verwerking is noodzakelijk voor de behartiging van de gerechtvaardigde belangen van de verwerkingsverantwoordelijke of van een derde, behalve wanneer de belangen of de grondrechten en de fundamentele vrijheden van de betrokkene die tot bescherming van persoonsgegevens nopen, zwaarder wegen dan die belangen, met name wanneer de betrokkene een kind is.

De eerste alinea, punt f), geldt niet voor de verwerking door overheidsinstanties in het kader van de uitoefening van hun taken.

2. De lidstaten kunnen specifiekere bepalingen handhaven of invoeren ter aanpassing van de manier waarop de regels van deze verordening met betrekking tot de verwerking met het oog op de naleving van lid 1, punten c) en e), worden toegepast; hiertoe kunnen zij een nadere omschrijving geven van specifieke voorschriften voor de verwerking en andere maatregelen om een rechtmatige en behoorlijke verwerking te waarborgen, ook voor andere specifieke verwerkings-situaties als bedoeld in hoofdstuk IX.

3. De rechtsgrond voor de in lid 1, punten c) en e), bedoelde verwerking moet worden vastgesteld bij:

- a) Unierecht; of
- b) lidstatelijk recht dat op de verwerkingsverantwoordelijke van toepassing is.

Het doel van de verwerking wordt in die rechtsgrond vastgesteld of is met betrekking tot de in lid 1, punt e), bedoelde verwerking noodzakelijk voor de vervulling van een taak van algemeen belang of voor de uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke is verleend. Die rechtsgrond kan specifieke bepalingen bevatten om de toepassing van de regels van deze verordening aan te passen, met inbegrip van de algemene voorwaarden inzake de rechtmatigheid van verwerking door de verwerkingsverantwoordelijke; de types verwerkte gegevens; de betrokkenen; de entiteiten waaraan en de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens mogen worden verstrekt; de doelbinding; de opslagperioden; en de verwerkingsactiviteiten en -procedures, waaronder maatregelen om te zorgen voor een rechtmatige en

behoorlijke verwerking, zoals die voor andere specifieke verwerkingssituaties als bedoeld in hoofdstuk IX. Het Unierecht of het lidstatelijke recht moet beantwoorden aan een doelstelling van algemeen belang en moet evenredig zijn met het nagestreefde gerechtvaardigde doel.

4. Wanneer de verwerking voor een ander doel dan dat waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld niet berust op toestemming van de betrokkene of op een Unierechtelijke bepaling of een lidstaatrechtelijke bepaling die in een democratische samenleving een noodzakelijke en evenredige maatregel vormt ter waarborging van de in artikel 23, lid 1, bedoelde doelstellingen houdt de verwerkingsverantwoordelijke bij de beoordeling van de vraag of de verwerking voor een ander doel verenigbaar is met het doel waarvoor de persoonsgegevens aanvankelijk zijn verzameld onder meer rekening met:

- a) ieder verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld, en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking;
- b) het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld, met name wat de verhouding tussen de betrokkenen en de verwerkingsverantwoordelijke betreft;
- c) de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere categorieën van persoonsgegevens worden verwerkt, overeenkomstig artikel 9, en of persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten worden verwerkt, overeenkomstig artikel 10;
- d) de mogelijke gevolgen van de voorgenomen verdere verwerking voor de betrokkenen;
- e) het bestaan van passende waarborgen, waaronder eventueel versleuteling of pseudonimisering.

#### Artikel 7

##### **Voorwaarden voor toestemming**

1. Wanneer de verwerking berust op toestemming, moet de verwerkingsverantwoordelijke kunnen aantonen dat de betrokkene toestemming heeft gegeven voor de verwerking van zijn persoonsgegevens.
2. Indien de betrokkene toestemming geeft in het kader van een schriftelijke verklaring die ook op andere aangelegenheden betrekking heeft, wordt het verzoek om toestemming in een begrijpelijke en gemakkelijk toegankelijke vorm en in duidelijke en eenvoudige taal zodanig gepresenteerd dat een duidelijk onderscheid kan worden gemaakt met de andere aangelegenheden. Wanneer een gedeelte van een dergelijke verklaring een inbreuk vormt op deze verordening, is dit gedeelte niet bindend.
3. De betrokkene heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken. Het intrekken van de toestemming laat de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming vóór de intrekking daarvan, onverlet. Alvorens de betrokkene zijn toestemming geeft, wordt hij daarvan in kennis gesteld. Het intrekken van de toestemming is even eenvoudig als het geven ervan.
4. Bij de beoordeling van de vraag of de toestemming vrijelijk kan worden gegeven, wordt onder meer ten sterkste rekening gehouden met de vraag of voor de uitvoering van een overeenkomst, met inbegrip van een dienstovereenkomst, toestemming vereist is voor een verwerking van persoonsgegevens die niet noodzakelijk is voor de uitvoering van die overeenkomst.

#### Artikel 8

##### **Voorwaarden voor de toestemming van kinderen met betrekking tot diensten van de informatiemaatschappij**

1. Wanneer artikel 6, lid 1, punt a), van toepassing is in verband met een rechtstreeks aanbod van diensten van de informatiemaatschappij aan een kind, is de verwerking van persoonsgegevens van een kind rechtmatig wanneer het kind ten minste 16 jaar is. Wanneer het kind jonger is dan 16 jaar is zulke verwerking slechts rechtmatig indien en voor zover de toestemming of machtiging tot toestemming in dit verband wordt verleend door de persoon die de ouderlijke verantwoordelijkheid voor het kind draagt.

De lidstaten kunnen dienaangaande bij wet voorzien in een lagere leeftijd, op voorwaarde dat die leeftijd niet onder 13 jaar ligt.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 8a

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.
2. Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

## 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.

## 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 inkoop met een Persoons Gebonden Budget (PGB).  
Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

**Begripsomschrijving hoofdaannemer**

Een hoofdaannemer:

- is een zorgverlener en is bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut;
- contracteert als rechtspersoon in een samenwerkingsverband meerdere zorgverleners van verschillende disciplines;
- levert verschillende vormen van zorg zoals huisartsenzorg, diëtetiek en/of voetzorg;
- is verantwoordelijk voor:
  - het handhaven en bewaken van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en
  - het leveren van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. Het gaat daarbij om de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.

**Eisen aan zorg en zorgverleners**

De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen:

- Per zorgvorm benoemen we de soort zorgverlener die de zorg mag leveren. Wij vergoeden geen zorg door een andere soort zorgverlener ook al is deze wel bevoegd om die zorg die leveren.
- De genoemde zorgverlener levert de zorg zelf en heeft een AGB-code. Een andere soort zorgverlener mag de zorg ook leveren als dat onder de verantwoordelijkheid van de genoemde zorgverlener gebeurt. Behalve als we bij een zorgvorm anders aangeven.
- De genoemde zorgverlener declareert onder eigen naam. Een instelling, een andere zorgverlener of een andere partij kan ook declareren als de naam van de behandelende, verantwoordelijke zorgverlener op de rekening staat.
- De zorgverlener moet bevoegd zijn om de zorg te leveren. Dit betekent dat hij moet voldoen aan de eisen en regels die via wetten aan zijn beroep, zijn bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld.