

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen NV te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen NV te Zeist

Zaak : Fraude, operatie in Turkije, maatregelen, onderzoekskosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016, artikel 7:941 BW, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2016

Zaaknummer : 202202067

Zittingsdatum : 5 juli 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen NV te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen NV te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 19 januari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 2 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 mei 2023 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 15 juni 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een kopie van deze brief is op 15 juni 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 15 juni 2023 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2023 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. De commissie heeft hierop verzoekster opnieuw gevraagd of zij de hoorzitting wenst bij te wonen. Verzoekster heeft bij brief van 15 juni 2023 verklaard dat zij bij haar beslissing blijft en niet wenst te worden gehoord. Een kopie van deze brief is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar is op 5 juli 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compactpolis en Tand Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 25 maart 2017 een declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor in Turkije gemaakte kosten ter zake een behandeling, te weten een "septopiasti veyá submukozal rezeksiyon", die op 15 december 2016 heeft plaatsgevonden, ten bedrage van omgerekend € 2.171,55.
- 3.3. Op enig moment is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart naar de door verzoekster ingediende declaratie.

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2019 zijn conclusie naar aanleiding van het onderzoek kenbaar gemaakt, namelijk dat verzoekster door het verstrekken van onjuiste informatie heeft geprobeerd hem financieel te benadelen. In verband hiermee worden de volgende maatregelen aan verzoekster opgelegd:
- de door verzoekster ingediende ziekenhuisnota uit Turkije wordt niet vergoed;
 - de externe onderzoekskosten van € 400,- worden op verzoekster verhaald;
 - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het interne Incidentenregister voor de duur van maximaal acht jaren en in het Externe Verwijzingsregister voor de duur van één jaar;
 - het dossier van verzoekster wordt gemeld bij Zorgverzekeraars Nederland en het Centrum Bestrijding Verzekeringssriminaliteit (CBV) van het Verbond van Verzekeraars.
- 3.5. Op 7 december 2022 is verzoekster opgekomen tegen het feit dat de onderzoekskosten op haar worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2022 verklaard dat hij zijn standpunt ter zake handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude, dat de ziektekostenverzekeraar daarom gehouden is de ingediende declaratie alsnog te vergoeden, en dat zij de onderzoekskosten niet is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster aangevoerd dat zij niet frauduleus heeft gehandeld jegens de ziektekostenverzekeraar. Op 11 december 2016 was verzoekster bij het Macka park in Istanbul (Turkije) toen hier een bomaanslag plaatsvond. Alle aanwezigen, waaronder verzoekster, begonnen te rennen. Verzoekster viel op de grond en werd met de taxi naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gebracht. Hier werd zij verwezen naar de KNO-arts. Op 15 december 2016 is verzoekster bij de KNO-arts in het Avrasya Hospital op spreekuurbezoek geweest en daar is zij toen direct geopereerd. Verzoekster was niet in de gelegenheid om zelf een dokter uit te kiezen. Zij was destijds minderjarig. Het is niet mogelijk om als minderjarige op eigen verzoek een operatie te ondergaan.
- 4.3. Verzoekster bestrijdt de juistheid van de verklaring van de behandelend arts, te weten dat het trauma aan de neus destijds één tot zes maanden oud was. Eén tot zes maanden voorafgaand aan de ingreep was verzoekster in Nederland. Als zij destijds een trauma aan de neus had opgelopen, was zij in Nederland naar de huisarts of de Eerste Hulp gegaan. Hierover zou dan informatie beschikbaar moeten zijn bij de ziektekostenverzekeraar en die informatie bestaat niet. Daarnaast heeft de behandelend arts haar naam verkeerd genoteerd op de verklaring.
- 4.4. Verzoekster stelt dat zij niet gehouden is de onderzoekskosten te betalen aan de ziektekostenverzekeraar, omdat zij hiermee niet heeft ingestemd. Na het indienen van de declaratie ontving zij een formulier van de ziektekostenverzekeraar waarmee zij verklaarde ermee bekend te zijn dat mogelijk een onderzoek wordt ingesteld naar de ingediende declaratie en dat zij de door het onderzoeksbureau berekende onderzoekskosten aan de ziektekostenverzekeraar zal betalen. Verzoekster heeft dit formulier ingevuld en geretourneerd, waarbij zij in de bijgevoegde brief van 11 april 2018 heeft aangegeven dat zij niet instemt met het betalen van de onderzoekskosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop vervolgens niet gereageerd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat na het uitgevoerde onderzoek is geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd. Verzoekster heeft ten onrechte verklaard dat de ingreep spoedeisende zorg betrof. Dit heeft zij echter niet aannemelijk gemaakt. Daarbij komt dat uit het onderzoek is gebleken dat sprake was van planbare zorg. Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt namelijk dat het de behandeling van een trauma van meer dan één maand oud betrof. Daarnaast komt uit de door het Avrasya Hospital ingevulde vragenlijst naar voren dat verzoekster daar niet op de spoedeisende hulp is geweest, omdat zij overdag kwam en direct naar de KNO-arts is gegaan. Ook heeft verzoekster pas vier dagen na de terroristische aanslag voor het eerst contact opgenomen met het Avrasya Hospital. De behandelend arts heeft verklaard dat verzoekster geen andere verwondingen had en dat er geen informatie is waaruit blijkt dat verzoekster het slachtoffer was van de terroristische aanslag, maar dat slechts bekend was dat verzoekster was gevallen.
- Verzoekster heeft onder valse voorwendselen dan wel op oneigenlijke grond en/of wijze geprobeerd een vergoeding te verkrijgen waarop geen recht bestond. Zij kon geen aanspraak maken op een neusoperatie. Door een verkeerde voorstelling van zaken te geven, namelijk te verklaren dat de ingreep spoedeisende zorg betrof, heeft verzoekster geprobeerd om alsnog een vergoeding te verkrijgen voor een neusoperatie. Bij spoedzorg die is verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft een verzekerde recht op vergoeding van 100% van de kosten van die zorg.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat hij, vanwege de brief van verzoekster bij de medische machtiging, de onderzoekskosten niet op haar mag verhalen. De medische machtiging is een verklaring waarmee verzoekster aangeeft ermee bekend te zijn dat een onderzoeksbureau van de ziektekostenverzekeraar haar declaratie onderzoekt. De ziektekostenverzekeraar en het onderzoeksbureau kunnen deze verklaring gebruiken om bij zorgaanbieders aan te tonen dat verzoekster op de hoogte is van, en instemt met het onderzoek.
- Met de verklaring geeft verzoekster ook aan dat zij ermee bekend is dat, indien blijkt dat de declaratie niet op waarheid berust, de onderzoekskosten bij haar in rekening worden gebracht. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster met deze verklaring daartoe geen toestemming aan hem verleent. Deze passage is slechts opgenomen in de verklaring om verzoekster nogmaals op haar verplichtingen op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering te wijzen.
- Ingevolge artikel 20 van deze voorwaarden is verzoekster, ondanks het gemaakte bezwaar, gehouden de onderzoekskosten te betalen. In artikel 20.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat fraude ertoe kan leiden dat de ziektekostenverzekeraar de uitgekeerde vergoedingen én de door hem gemaakte (onderzoeks)kosten terugvordert. Voor het terugvorderen van de onderzoekskosten is geen akkoord of toestemming van verzoekster vereist. Bovendien is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzekeringsfraude moet worden gezien als wanprestatie dan wel een onrechtmatige daad. In dat geval is de betrokken verzekerde wettelijk verplicht de ontstane schade te vergoeden. Voor de vordering tot schadevergoeding vanwege wanprestatie of onrechtmatige daad is geen toestemming van die verzekerde vereist.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat verzoekster een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven met betrekking tot de acuïteit van de situatie. Er was geen sprake van een acute spoedsituatie. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij naar aanleiding van een terroristische aanslag in Turkije bij de Eerste Hulp is geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft geconstateerd dat een tijdsverloop bestaat tussen de aanslag en het uitvoeren van de ingreep. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij verwondingen had aan het voorhoofd en de neus, maar de behandelend arts heeft vijf dagen na de aanslag alleen letsel aan de neus kunnen waarnemen. Dat letsel bleek één tot zes maanden oud te zijn.

5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage van dit bindend advies. De bijlage maakt onderdeel uit van het bindend advies.

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

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

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

7.3. Het voorgaande is (in vergelijkbare zin) in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel 20. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang.

7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat uit navraag bij de behandelend arts en het betrokken ziekenhuis te Istanbul, Turkije, is gebleken dat de ingreep geen spoedeisende, maar planbare zorg betrof. Ter onderbouwing hiervan heeft hij een onderzoeksrapport overgelegd met daarbij onder meer een verklaring van de behandelend arts en een door het ziekenhuis ingevulde vragenlijst. De behandelend arts heeft verklaard dat het trauma van verzoekster een oud trauma betrof. Uit de beantwoording van de vragenlijst blijkt dat verzoekster daar niet op de spoedeisende hulp is geweest, dat zij het ziekenhuis pas een aantal dagen na de terroristische aanslag bezocht, en dat het ziekenhuis geen informatie heeft waaruit volgt dat verzoekster slachtoffer was van een terroristische aanslag.

Het voorgaande is door verzoekster niet, althans onvoldoende gemotiveerd bestreden, terwijl het wel op haar weg had gelegen om te stellen en, zo nodig, te bewijzen dat de ingreep spoedeisende zorg betrof. Hetgeen verzoekster heeft verklaard over de onjuistheid van de verklaring van de arts maakt dit niet anders.

- 7.5. De commissie overweegt dat verzoekster een declaratieformulier heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar waarop zij heeft verklaard dat sprake was van spoedeisende zorg. Op basis van de onder 7.4. genoemde feiten en omstandigheden moet echter als vaststaand worden aangenomen dat het ging om planbare zorg. Door haar verklaring heeft verzoekster beoogd een uitkering te ontvangen waarop zij geen aanspraak had. Daarmee is sprake van het opzet tot misleiding en fraude in de zin van artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende declaratie dan ook terecht afgewezen. Hoewel dat niet met zoveel woorden uit het standpunt van verzoekster blijkt, gaat de commissie ervan uit dat verzoekster van de commissie tevens een oordeel vraagt over de door de ziektekostenverzekeraar tegen haar getroffen maatregelen betreffende het opnemen van haar persoonsgegevens in de registers. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was deze maatregelen te treffen. Op een andere maatregel, te weten het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten, komt de commissie hierna (onder 7.7.) nog terug.
- 7.6. De volgende vraag die moet worden beantwoord is of de getroffen maatregelen proportioneel zijn. De commissie oordeelt dat dit het geval is. Waar het gaat om de opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het interne Incidentenregister voor de duur van maximaal acht jaren en in het Externe Verwijzingsregister voor de duur van één jaar, geldt dat, tegen de achtergrond van de aard en omvang van de geconstateerde fraude, de belangen van de ziektekostenverzekeraar onderscheidenlijk financiële instellingen bij deze registraties zwaarder wegen dan die van verzoekster bij het achterwege blijven van deze registraties dan wel opname van haar persoonsgegevens voor een kortere duur. Verzoekster heeft in dit verband ook niet onderbouwd in welke belangen zij wordt geraakt.
- 7.7. De ziektekostenverzekeraar heeft, in het kader van de tegen verzoekster getroffen maatregelen, de gemaakte onderzoekskosten ten bedrage van € 400,- verhaald. Verzoekster heeft gesteld dat de onderzoekskosten niet van haar kunnen worden gevorderd, omdat zij toestemming hiervoor heeft geweigerd. Dit argument kan echter niet overtuigen. Op grond van artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering kan fraude ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar de uitgekeerde vergoeding(en) én de gemaakte onderzoekskosten terugvordert. Het feit dat verzoekster in de begeleidende brief bij de medische machtiging hiertegen op voorhand bezwaar heeft gemaakt, doet hieraan niet af. Daarbij vormen deze kosten voor de ziektekostenverzekeraar in beginsel verhaalbare schade, althans voor zover de kosten in redelijkheid zijn gemaakt en de hoogte ervan redelijk is. Met betrekking tot de hoogte van de onderzoekskosten is door de ziektekostenverzekeraar een onderbouwing geleverd. De juistheid hiervan is door verzoekster niet, althans onvoldoende gemotiveerd bestreden. De commissie ziet overigens ook geen aanleiding om te bepalen dat de vordering ter zake dient te vervallen of moet worden gematigd.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 augustus 2023,

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

- 20.1 Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:
- onder valse voorwendselen;
 - op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Artikel 21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het

verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechoë, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de handhaving van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Generalistische Basis GGZ

Zorg voor mensen met een niet-complexe psychische stoornis. De betrokkenheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een verpleegkundig

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.