

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Beëindiging zorgverzekering
Zaaknummer : 2007.01765
Zittingsdatum : 23 januari 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.01765 (Beëindiging zorgverzekering)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 2 april 2007.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgzaam polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.

3.2. Bij brief van 2 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij haar zorgverzekering en aanvullende verzekering per 15 april 2007 beëindigt wegens fraude.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 24 juli 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de zorgverzekering per 15 april 2007 niet te beëindigen, althans eerst de uitkomst van het politieonderzoek af te wachten.

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 5 november 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30

november 2007 aan verzoekster toegezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Partijen zijn op 23 januari 2008 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een derde haar identiteitspassen heeft gestolen en hiermee heeft gefraudeerd bij de zorgverzekeraar door een niet-bestaande nota uit het buitenland te declareren. Als gevolg daarvan heeft de zorgverzekeraar haar zorgverzekering geroyeerd. Verzoekster heeft van de diefstal aangifte bij de politie gedaan.

4.2. Door het royement wegens de vermeende fraude, zijn de door verzoekster gedeclareerde nota's van zorgverleners niet meer vergoed. Momenteel bedragen deze nota's in totaal circa € 1.400,00. De uitkomst van het politieonderzoek dient volgens verzoekster eerst te worden afgewacht, voordat de zorgverzekeraar tot royement over kan gaan.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij na constatering van fraude, uitvoering heeft gegeven aan het Fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars en het eigen sanctiebeleid. Hij heeft aangifte gedaan bij de politie, maar wenst niet de uitkomst van dit onderzoek af te wachten, daar het onzeker is of en wanneer de rechter zich over deze kwestie zal buigen. De vertrouwensrelatie met verzoekster is te ernstig verstoord om de verzekeringsrelatie voort te zetten.

5.2. Hoewel de Zorgverzekeringswet een verzekerings- en acceptatie plicht kent, heeft een zorgverzekeraar het recht om in geval van geconstateerde fraude, de zorgverzekering te beëindigen en verzekerde te weigeren voor een nieuwe verzekering.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de verzekering van verzoekster terecht is geroyeerd.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Artikel 5.5.2 van de zorgverzekering bepaalt dat (gehele of gedeeltelijke) fraude tot gevolg kan hebben dat de zorgverzekering wordt beëindigd. Onder fraude wordt op grond van artikel 5.5.1 van de zorgverzekering verstaan:

"het door organisaties en (rechts)personen die bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van de overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn, het plegen of trachten te plegen en het doen of plegen van:

- valsheid in geschrifte;*
- oplichting / bedrog;*
- benadeling van schuldeisers of rechthebbenden;*
- verduistering*

met als doel het onder valse voorwendselen / oneigenlijke gronden verkrijgen van een verzekeringsdekking, uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat. "

7.2. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of de zorgverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 5.5.1, de zorgverzekering tegen de zin van verzoekster heeft mogen beëindigen met ingang van 15 april 2007. Over de vraag of verzoekster al dan niet de betreffende (niet-bestaande) nota uit het buitenland heeft gedeclareerd en aldus eventueel een strafbaar feit heeft gepleegd, laat de commissie zich niet uit, dit is aan de bevoegde rechter.

7.3. De in artikel 5.5.1 van de zorgverzekering gebruikte delictomschrijvingen zijn ontleend aan het Wetboek van Strafrecht (respectievelijk de artikelen 225, 326 en 321 en 340). De commissie concludeert dat van fraude in de zin van artikel 5.5.1 van de zorgverzekering eerst sprake kan zijn na bewezenverklaring en veroordeling van dit misdrijf of van een poging tot dit misdrijf door de bevoegde rechter. Hiervan kan evenwel worden afgeweken indien in de procedure bij de commissie stukken zijn overgelegd waardoor aannemelijk is dat een strafrechtelijke veroordeling zal volgen. In dit geval is dat niet aan de orde. Een goede procesorde brengt met zich dat stukken die het standpunt van de betrokken partij kunnen schragen volledig en tijdig in het geding moeten worden gebracht. Het door de zorgverzekeraar tijdens de hoorzitting gedane aanbod hiertoe is tardief, te meer nu niet is gebleken van gewichtige redenen waarom de betreffende stukken niet eerder konden worden ingebracht. Daarbij kan de commissie van bedoeld aanbod geen gebruik maken, nu ter zitting door de zorgverzekeraar bij herhaling is gesteld dat de stukken alleen aan de commissieleden zullen worden getoond. Een dergelijke voorwaarde verhoudt zich evenmin met een goede procesorde.
In de situatie van verzoekster is (nog) geen sprake van een veroordeling door de strafrechter van verzoekster op grond van de door de zorgverzekeraar aangehaalde feiten.

7.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar niet tot beëindiging van de zorgverzekering kan over gaan tot de datum van aanvang van de nieuw door verzoekster afgesloten zorgverzekering bij de andere zorgverzekeraar .

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is gesteld onder 7.4 .

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 13 februari 2008,

Voorzitter