Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500091

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen te Leiden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij ongedateerde brief, ontvangen op 16 januari 2025, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 april 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 6 juni 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 juni 2025 aan verzoekster gestuurd.

1.3. De zorgverzekeraar heeft op 6 augustus 2025 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 8 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.

1.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de zorgverzekeraar schriftelijk enkele vragen van de commissie zou beantwoorden en dat hij nog mocht reageren op de ter zitting door verzoekster overgelegde informatie. Dit heeft hij gedaan bij brief van 17 september 2025. Een kopie hiervan is op 19 september 2025 aan verzoekster gezonden, waarbij zij de gelegenheid heeft gekregen hierop schriftelijk te reageren. De reactie van verzoekster is op 9 oktober 2025 door de commissie ontvangen. Een kopie van deze brief is ter informatie aan de zorgverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2023 en 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering).

2.2. Bij de zorgverzekeraar zijn verschillende nota's ter declaratie ingediend op naam van verzoekster. Twee nota's zijn door de zorgverzekeraar vergoed. Op enig moment is de zorgverzekeraar een onderzoek gestart naar de ter declaratie ingediende nota's. Op 4 september 2024 heeft in het kader van het onderzoek een gesprek plaatsgevonden tussen verzoekster en de zorgverzekeraar.

2.3. Bij brief van 10 oktober 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoekster heeft geprobeerd hem te misleiden door valselijk opgemaakte nota's ter declaratie in te dienen. Volgens de zorgverzekeraar heeft zij hierdoor frauduleus gehandeld om een financieel voordeel te verkrijgen. Om die reden heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd:
- de persoonsgegevens van verzoekster worden voor de duur van 8 jaren opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de zorgverzekeraar;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Intern Verwijzingsregister (hierna: IVR) van de zorgverzekeraar;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Incidentenregister van de zorgverzekeraar;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden voor de duur van 4 jaren opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR);
- de zorgverzekering wordt per 1 november 2024 beëindigd. Verzoekster kan gedurende 5 jaren geen zorgverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar die behoort tot de Achmea Groep;
- de kosten van het onderzoek à € 558,-- worden op verzoekster verhaald;
- de zorgverzekeraar vordert van verzoekster een bedrag van € 1.338,--, te weten de onderzoekskosten en twee uitbetaalde facturen van € 430,-- en € 350,--.

2.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 december 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij geen fraude heeft gepleegd en dat de door de zorgverzekeraar opgelegde maatregelen, met uitzondering van de beëindiging van de zorgverzekering, daarom dienen te vervallen.

3.2. Verzoekster heeft in haar brief van 11 juli 2024, gericht aan de zorgverzekeraar, onder andere aangevoerd dat haar echtgenoot haar DigiD en bankgegevens aan een derde heeft gegeven om nota's bij de zorgverzekeraar ter declaratie in te dienen. Haar echtgenoot is digibeet en heeft dementie. Verzoekster was in die tijd erg ziek en heeft niet gezien dat er nota's waren gedeclareerd.

3.3. Tijdens het gesprek met de zorgverzekeraar op 4 september 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij pas door de brief van de zorgverzekeraar werd geattendeerd op de ingediende, vervalste nota's. Zij is slechts één keer bij Stichting Intermedica geweest, en heeft hiervoor toen een nota ontvangen. De overige nota's heeft zij niet ingediend. Zij heeft één keer een bedrag van € 350,-- ontvangen van de zorgverzekeraar. Haar echtgenoot heeft de andere nota's niet ingediend. Aangezien verzoekster in het ziekenhuis lag, en er een nota moest worden betaald, heeft haar echtgenoot hiervoor hulp gezocht. Via de buurman is hij in contact gekomen met "Martin" en hij heeft de DigiD, het bankrekeningnummer en de inloggegevens van de telefoon van verzoekster aan "Martin" gegeven. Verzoekster heeft geen verdere gegevens van deze "Martin". Ook de buurman heeft geen contactgegevens van deze persoon.

3.4. Verzoekster heeft in haar ongedateerde brief, gericht aan de commissie, toegelicht dat zij al bijna 40 jaar was verzekerd bij de zorgverzekeraar. Zij is ernstig ziek en heeft geen bijnierschors. Door deze situatie ervaart zij veel stress en is haar gezondheid achteruit gegaan. Verzoekster benadrukt dat zij geen fraude heeft gepleegd. Zij vindt dat de zorgverzekeraar haar

persoonsgegevens ten onrechte in de verschillende registers heeft opgenomen. Ook is zij het er niet mee eens dat de zorgverzekeraar de onderzoekskosten van haar vordert.

3.5. In haar brief van 13 augustus 2025 schrijft verzoekster, in reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 6 augustus 2025 aan de commissie, dat zij niets begrijpt van het feit dat een valse declaratie van 26 maart 2025 voor € 215,-- op haar account is ingediend.

3.6. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij nooit meer verzekerd wil zijn bij de zorgverzekeraar. De hoogte van de vordering is in geschil, en zij wil dat de opname van haar persoonsgegevens in de verschillende registers ongedaan wordt gemaakt. Zij was 40 jaren verzekerd bij de zorgverzekeraar, zonder dat zij ooit te veel vergoeding heeft gevraagd.
Verzoekster heeft verteld dat zij door haar ziektes last heeft van haaruitval. Daarom is zij verwezen naar Stichting Intermedica. Zij kon de nota van € 215,-- niet declareren bij de zorgverzekeraar, omdat een code ontbrak. Verzoekster heeft hierover veel contact gehad met de zorgaanbieder. Toen zij in het ziekenhuis lag, heeft haar echtgenoot geprobeerd de nota te declareren. Hij heeft hiervoor hulp gevraagd aan een kennis, “Martin”. Haar echtgenoot heeft haar telefoon met inloggevens, bankgegevens en DigiD afgegeven aan deze “Martin”. En daarna kreeg zij ineens een brief van de zorgverzekeraar over de fraude. “Martin” zit nu in Duitsland in de gevangenis vanwege fraude bij vele anderen. Daarnaar gevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij geen aangifte heeft gedaan. De politie heeft haar namelijk verteld dat zij dan aangifte moet doen tegen haar echtgenoot, en haar echtgenoot zou dan weer aangifte moeten doen tegen “Martin”. Verzoekster wil geen aangifte doen tegen haar echtgenoot.
Verzoekster heeft destijds niet opgemerkt dat de zorgverzekeraar de vergoeding aan haar had overgemaakt. Dat heeft zij pas opgemerkt nadat zij de brief over de fraude had ontvangen. Verzoekster voelde zich onheus bejegend door de zorgverzekeraar tijdens het telefoongesprek van 4 september 2024.
Verzoekster merkt op dat zij de laatste nota van Stichting Intermedica pas in juli 2025 aan de zorgverzekeraar heeft gestuurd. Zij had toen namelijk telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar over een nota voor een MRI en hierbij gezegd dat zij niet weer in een situatie zoals met de nota van Stichting Intermedica verzeild wilde raken. De medewerker kon echter geen nota’s van Stichting Intermedica zien in het systeem. Daarom heeft verzoekster de nota alsnog ingestuurd, samen met de nota van de MRI. Dit was dus niet om de nota van Stichting Intermedica te declareren, maar alleen om deze te tonen. Zij heeft de nota via de app toegestuurd.
Daarnaar gevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij na het contact met de politie haar inlogcodes heeft gewijzigd. Verzoekster verklaart dat de politie tegen haar heeft gezegd dat iemand veel met een telefoon kan doen, bijvoorbeeld gegevens kopiëren of de simkaart klonen. Zij heeft tijdens de zitting een document aan de commissie overgelegd. Dit betreft volgens verzoekster informatie van de politie over ‘simwrapping’.
Voorts heeft verzoekster desgevraagd verklaard dat “Martin” sinds april 2024 in België in hechtenis zit.

3.7. Bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 9 oktober 2025, heeft verzoekster nogmaals benadrukt dat zij niet heeft gefraudeerd. Zij accepteert daarom niet dat haar persoonsgegevens in de verschillende registers zijn opgenomen. Omdat haar man vasculaire dementie heeft kan hij geen verzekering, zoals bijvoorbeeld een auto- of inboedelverzekering, meer op zijn naam afsluiten en nu kan verzoekster door de registratie ook nergens meer terecht. Dat acht zij onaanvaardbaar. Zij is al vanaf haar 18e jaar zelfstandig bij de zorgverzekeraar verzekerd en daarvoor ook sinds zij als 12-jarige naar Nederland kwam. Zij is door anderen in deze situatie terecht gekomen en heeft het al zwaar vanwege haar gezondheidsproblemen, de gezondheidssituatie van haar man en die van haar zoon. Verzoekster merkt op dat het feit dat zij haar telefoon gebruikt om in te loggen voor de verzekeringen van haar echtgenoot en zoon, waarvoor zij is gemachtigd, niet betekent dat haar simkaart niet is gekloond. Verzoekster vindt

daarnaast de onderzoekskosten te hoog. Volgens haar is er in het kader van het onderzoek twee keer gebeld en één keer op de computer gekeken. Dit is geen € 600,-- waard.

4. Standpunt zorgverzekeraar

4.1. De zorgverzekeraar heeft, in zijn brief van 10 oktober 2024 aan verzoekster, gesteld dat verzoekster opzettelijk vervalste facturen heeft ingediend. Daarom heeft de zorgverzekeraar geconcludeerd dat verzoekster frauduleus heeft gehandeld om financieel voordeel te verkrijgen. Hij heeft hiertoe het volgende aangevoerd. Stichting Intermedica heeft desgevraagd aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat hij één nota aan verzoekster heeft verstrekt ten bedrage van € 215,--. De overige ter declaratie ingediende nota's zijn niet van hem afkomstig. Het is de zorgverzekeraar opgevallen dat de facturen met factuurnummers IMH20231131 á € 350,--, IMH20231130 á € 350,-- en IMH20231130 á € 215,-- een identieke hash-code hebben. Dit is niet mogelijk. Elke factuur heeft namelijk een unieke hash-code. Daarnaast heeft verzoekster op 19 september 2024 een e-mailbericht naar de zorgverzekeraar gestuurd waarbij een aantal foto's en/of screenshots waren gevoegd. Uit de gegevens van een foto/screenshot blijkt dat deze is gemaakt met een Samsung SM-S916B. Dit komt overeen met het type toestel waarmee de vervalste facturen zijn ingediend. Verder heeft verzoekster meerdere brieven en declaratieoverzichten ontvangen van de zorgverzekeraar. Er zijn twee declaratieoverzichten verstuurd waarin staat dat € 350,-- respectievelijk € 430,-- wordt vergoed en wordt uitbetaald dan wel verrekend. Ook is in het declaratieoverzicht van 28 december 2024 vermeld dat een nota niet wordt vergoed. Verzoekster kon dus weten dat er meerdere vervalste nota's van Stichting Intermedica waren ingediend op haar naam. Zij heeft hierop echter nooit gereageerd.

4.2. In de heroverweging van 4 december 2024 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat vaststaat dat er vervalste nota's zijn ingediend om ten onrechte een vergoeding te verkrijgen. De zorgverzekeraar vindt de verklaring van verzoekster hierover, dat dit zou zijn gedaan door een man genaamd "Martin", een kennis van haar buurman, toen zij in het ziekenhuis lag, niet overtuigend. Daarnaast zijn er sterke aanwijzingen dat verzoekster de nota's via haar eigen mobiele telefoon heeft ingediend. Verzoekster heeft niet gereageerd op de ten onrechte ontvangen vergoedingen, maar heeft wel via de chat gevraagd naar het uitblijven van de derde vergoeding. De zorgverzekeraar merkt op dat verzoekster een zorgverzekering kan afsluiten bij een andere verzekeraar. Dat dit haar eerder niet lukte, kwam doordat op dat moment nog een maandpremie openstond bij de zorgverzekeraar. Inmiddels is deze door verzoekster voldaan.

4.3. In zijn reactie van 6 juni 2025, gericht aan de commissie, heeft de zorgverzekeraar uiteengezet dat hij in december 2023 en april 2024 in totaal zes facturen met betrekking tot zorgaanbieder Stichting Intermedica heeft ontvangen. Deze zijn op verschillende data ingediend. Het betreft drie keer twee dezelfde nota's met hetzelfde factuurnummer, maar met verschillende behandeldata en bedragen, zoals opgesomd in de brief. Op 24 april 2024 heeft verzoekster nogmaals een nota ter declaratie ingediend van Stichting Intermedica, voor een behandeling op 2 december 2023. Ditmaal een nota ten bedrage van € 215,--. De zorgverzekeraar heeft hierop aan zowel verzoekster als de zorgaanbieder een brief gestuurd, waarin is vermeld dat de nota nog niet wordt vergoed, omdat er al eerder een nota is gedeclareerd voor deze behandelperiode. Naar aanleiding van deze brief heeft de zorgaanbieder gebeld naar de zorgverzekeraar en meegedeeld dat verzoekster maar één behandeling bij hem heeft gehad. Hiervoor heeft zij een nota van € 215,-- gekregen. In het kader van het naar aanleiding van deze bevinding opgestarte fraudeonderzoek heeft op 4 september 2024 een telefoongesprek plaatsgevonden met verzoekster, waarvan het gespreksverslag op 11 september 2024 aan verzoekster is gestuurd.

4.4. Verder heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 6 juni 2025 toegelicht dat hij ook onderzoek heeft verricht naar de digitale informatie, behorende bij de declaraties. Alle declaraties zijn namelijk door middel van de app van de zorgverzekeraar ingediend. Op het moment dat de app op een

mobiel toestel wordt geïnstalleerd, wordt daar een unieke 'mag-identifier'-code aan gekoppeld. De app kan, na installatie, bovendien alleen worden geactiveerd door middel van de DigiD van de verzekerde. Daarnaast is een fingerprint/Face-ID of een door de verzekerde ingestelde code nodig om in te loggen.
Uit de bij de declaraties behorende loggegevens blijkt dat alle declaraties zijn ingediend vanaf hetzelfde merk en type mobiele telefoon, namelijk een Samsung SM-S916B. Dit is een zogeheten Samsung Galaxy. Uit de correspondentie van verzoekster in het kader van het onderzoek is gebleken dat zij gebruik maakt van een dergelijke Samsung Galaxy. Daarnaast blijkt uit de data van het screenshot, dat verzoekster het e-mailbericht van 17 september 2024 aan de zorgverzekeraar heeft gestuurd, en dat dit screenshot eveneens is gemaakt met een mobiel toestel van het merk en type Samsung SM-S916B. Het staat dus vast dat de valse declaraties met hetzelfde type toestel zijn ingediend als het toestel dat verzoekster in gebruik heeft en waarmee de foto's door haar zijn gemaakt. Aan de hand van de 'mag-identifiers'-code kan bovendien worden geconcludeerd dat de declaraties van 4, 6 en 11 december 2023 vanaf dezelfde geïnstalleerde app zijn ingediend. De declaraties van 22 en 29 december 2023 zijn vanaf een andere geïnstalleerde app ingediend.
Ook de chatgesprekken van 14 december 2023, 27 december 2023 en 4 januari 2024 zijn met behulp van deze specifieke app gevoerd.
Op 24 april 2024 is de app verwijderd om kort daarop opnieuw te worden geïnstalleerd via hetzelfde IP-adres en op hetzelfde merk en type mobiele telefoon. Vervolgens is met deze nieuw geïnstalleerde app de declaratie van 24 april 2024 ingediend. Dit alles binnen een tijdbestek van ongeveer 2 minuten. Er kan volgens de zorgverzekeraar dus met een behoorlijke zekerheid worden gesteld dat de declaratie van 24 april 2024 met dezelfde telefoon is ingediend als die van 22 en 29 december 2023 en waarmee ook de chatgesprekken van 14 december 2023, 27 december 2023 en 4 januari 2024 zijn gevoerd.

4.5. De zorgverzekeraar stelt aan de hand van zijn onderzoeksbevindingen vast dat de verklaring van verzoekster niet plausibel is. Zij heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij door een opname in het ziekenhuis niet in staat was zelf te declareren. Uit de gedeclareerde zorgactiviteiten blijkt ook niet van een ziekenhuisopname. Zij is op 6 en 7 december 2023 voor een behandeling in het ziekenhuis geweest, maar verder is er geen andere ziekenhuiszorg in december 2023 gedeclareerd. Ook heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat "Martin" het ontvangen bedrag van € 350,-- naar zijn rekening heeft overgemaakt.

4.6. Anders dan in de brief van 4 december 2024 was vermeld, merkt de zorgverzekeraar in zijn brief van 6 juni 2025 op dat de oorzaak van het niet kunnen afsluiten van een nieuwe zorgverzekering op 17 oktober 2024 waarschijnlijk was gelegen in het feit dat de zorgverzekering van verzoekster op dat moment nog niet was beëindigd. De zorgverzekering is per 1 november 2024 beëindigd, en verzoekster kon eerst per die datum een nieuwe zorgverzekering afsluiten bij een andere verzekeraar, ongeacht het bestaan van een premieachterstand op dat moment.

4.7. Ten aanzien van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, merkt de zorgverzekeraar in zijn brief van 6 juni 2025 het volgende op. De zorgverzekeraar is aangesloten bij het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) en houdt een Incidentenregister bij, waarin incidenten worden omschreven met vermelding van de persoonsgegevens van de betrokkene(n). Voor opname in het Incidentenregister is (uitsluitend) vereist dat sprake is van een incident. Naar het oordeel van de zorgverzekeraar betreft het in het geval van verzoekster een incident als bedoeld in artikel 2 van het PIFI. Het feit alleen al dat de zorgaanbieder in juni 2024 heeft bevestigd dat de nota's die op naam van verzoekster werden ingediend niet authentiek zijn, was voldoende om te kunnen spreken van een incident. De registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister is dus gerechtvaardigd. De registratie in het Incidentenregister voldoet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. De impact van de registratie van de

persoonsgegevens in het Incidentenregister is voor verzoekster relatief beperkt. Er kunnen pas gegevens worden gedeeld als er zich een ander incident voordoet bij een derde partij en die derde partij voldoende aanleiding ziet om de zorgverzekeraar daarover te bevragen. Gezien de dreiging die haar gedragingen vormen voor de financiële sector en de relatief beperkte impact voor verzoekster, acht de zorgverzekeraar een registratie in het Incidentenregister voor de duur van 8 jaren proportioneel.
Met de opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR worden andere aangesloten financiële instellingen gewaarschuwd. Ook hiervoor geldt dat een zorgvuldige belangenafweging wordt gemaakt. Verzoekster heeft stelselmatig gefalsificeerde nota's ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar, met als doel in aanmerking te komen voor vergoeding, terwijl daarop geen recht bestaat. Deze gedragingen van verzoekster vormen een bedreiging voor zowel de zorgverzekeraar als de financiële sector als geheel. Dit brengt met zich dat aan de vereisten voor registratie in het EVR, zoals genoemd in artikel 5.2.1, onder a en b, van het PIFI, is voldaan. Daarnaast is sprake van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan het verstrekken van valse gegevens zoals bedoeld in artikel 227a van het Wetboek van Strafrecht en/of poging tot oplichting zoals bedoeld in artikel 326 van het Wetboek van Strafrecht. De registratie in het EVR voldoet tevens aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit. Het doel ervan is andere financiële instellingen erop te attenderen dat in het verleden iets aan de hand is geweest op het gebied van verzekeringsfraude. Dat doel is niet met een minder zwaar middel te bereiken. Verder is het proportioneel dat de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR zijn opgenomen. Zij heeft zich immers schuldig gemaakt aan verzekeringsfraude en andere financiële instellingen moeten daartegen worden beschermd. Ook de duur van de registratie van 4 jaren vindt de zorgverzekeraar proportioneel.
De zorgverzekeraar heeft tevens een Gebeurtenissenadministratie, waarin gebeurtenissen worden vastgelegd die van belang zijn voor zijn veiligheid en integriteit. De vastgelegde 'gebeurtenissen' zijn gegevens van feitelijke aard met een uiteenlopend karakter, variërend van klachten van verzekerden tot screeningsverzoeken, en gegevens over door verzekerden gepleegde fraude. De in de Gebeurtenissenadministratie vastgelegde gegevens zijn alleen te raadplegen door medewerkers van de afdeling Speciale Zaken van de zorgverzekeraar.
Het IVR fungeert als intern waarschuwingssysteem voor veiligheidsrisico's. Deze registratie is uitsluitend zichtbaar voor medewerkers van het concern waartoe de zorgverzekeraar behoort, op basis van het principe 'hit/no hit'. De medewerkers die het register raadplegen krijgen de reden van de registratie niet te zien, maar dienen bij een melding contact op te nemen met afdeling Speciale Zaken, die adviseert over de te nemen beslissing. De zorgverzekeraar acht voor deze registraties de duur van 8 jaren proportioneel. Voorop staat dat de registraties in het IVR en de Gebeurtenissenadministratie zuiver intern zijn. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster een bijzonder belang heeft bij een financiële relatie met (juist) het concern waartoe de zorgverzekeraar behoort.
De zorgverzekeraar en het concern waartoe hij behoort, willen geen diensten meer leveren aan verzoekster. Daarom is haar verzekering beëindigd en mag zij de komende 5 jaren geen zorgverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar die behoort tot het concern. Dit is alleen te handhaven als de gegevens van verzoekster zijn opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en in het IVR. Verder zijn geen (persoonlijke) omstandigheden door verzoekster aangevoerd of gebleken, die pleiten voor een kortere registratieduur dan 8 jaren. Aan de andere kant zijn er volgens de zorgverzekeraar wel twee verzwarende omstandigheden, die handhaving van de registratieduur van 8 jaren rechtvaardigen:
• er is sprake van stelselmatige fraude, verzoekster heeft herhaaldelijk valse declaraties ingediend, waarbij sprake is van een patroon;
• na confrontatie met het bewijs blijft verzoekster ontkennen dat zij zou hebben gefraudeerd. Dit is een omstandigheid die de kans op recidive verhoogt.

4.8. Bij brief van 6 augustus 2025 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij bij Stichting Intermedica de originele nota heeft opgevraagd en dat hij deze heeft ontvangen. Op de originele nota staat als

factuurdatum 2 december 2023 vermeld, dit is ook de datum waarop de behandeling daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Deze originele factuur is nooit ter declaratie aangeboden bij de zorgverzekeraar. Gezien de originele nota stelt de zorgverzekeraar vast dat verzoekster ook bij de declaratie van 26 maart 2025 gebruik heeft gemaakt van een valse nota. De zorgverzekeraar benadrukt dat dit heeft plaatsgevonden na afronding van het onderzoek, nadat verzoekster op de hoogte was gesteld van de geconstateerde fraude en haar klacht hierover was afgehandeld. Zij heeft na afronding van het fraudeonderzoek dus opnieuw gefraudeerd. De vergoeding naar aanleiding van de declaratie van 26 maart 2025 á € 215,-- is dan ook onterecht geweest.

4.9. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard zich niet te kunnen vinden in de stelling van verzoekster dat zij niet correct is behandeld tijdens het gesprek op 4 september 2024. Er is juist speciaal contact met haar opgenomen om haar kant van het verhaal te horen. Op dat moment waren nog geen conclusies getrokken, omdat het onderzoek nog liep. Dit blijkt ook uit het opgemaakte gespreksverslag.
De zorgverzekeraar heeft verder herhaald dat over een langere periode, van eind 2023 tot uiteindelijk maart 2025, valse nota's zijn ingediend via de beveiligde app met eenzelfde type telefoon. Ook zijn via die telefoon vragen gestuurd, waarop de zorgverzekeraar heeft gereageerd, en hierop is ook weer geantwoord. In 2023 en 2025 hebben op basis van valse declaraties vergoedingen plaatsgevonden. Deze feiten rijmen niet met de stelling dat "Martin" eenmalig heeft gedeclareerd en eenmalig een vergoeding heeft opgestreken. Verzoekster is verantwoordelijk, omdat het haar verzekering betreft. Zij heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij het niet zelf heeft gedaan. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat verzoekster eerder heeft gesteld dat "Martin" geen bekende van haar zou zijn, maar ter zitting heeft zij gezegd dat zij hem wel kent. Over de ziekenhuisopname merkt de zorgverzekeraar op dat hij geen declaratie heeft ontvangen van een opname eind 2023.
Daarnaar gevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij zijn IT-afdeling zal vragen of kan worden achterhaald of met een originele dan wel een gekloonde simkaart is gewerkt.
De zorgverzekeraar heeft voorts nogmaals benadrukt dat een bedrag van € 350,-- is uitgekeerd en dat verzoekster dit had kunnen zien. Zij heeft hierop echter niet gereageerd. Hij tekent hierbij aan dat de eerste vergoeding van € 430,-- is verrekend, en dus niet zichtbaar was op haar bankrekening.
De zorgverzekeraar kan de verklaring van verzoekster ter zitting - over het indienen van de nota in juli 2025 - niet rijmen met zijn gegevens. Op 19 maart 2025 is de nota ingediend en op 20 maart 2025 heeft verzoekster een declaratieoverzicht gehad waarop is vermeld dat de nota is vergoed. Zij heeft hiervan op 21 maart 2025 een notificatie ontvangen. En vervolgens heeft verzoekster meerdere keren ingelogd in de app.
In reactie op hetgeen verzoekster heeft gesteld over het ontbreken van een code op de door haar ter declaratie ingediende nota merkt de zorgverzekeraar op dat er tweemaal een nota van € 215,-- is gedeclareerd, te weten op 24 april 2024 en op 26 maart 2025. De brief over het ontbreken van de vereiste code is gestuurd in december 2023, en gaat over de op dat moment ingediende nota van € 430,--. Deze correspondentie gaat dus niet over een nota van € 215,-- maar over valse nota's.
Daarnaar gevraagd heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de onderzoekskosten zien op de registratie en het onderzoek. De zorgverzekeraar had eerder niet begrepen dat deze kosten ook in geschil zijn. Hij zal de commissie alsnog een specificatie sturen van de onderzoekskosten.
De gegevens van verzoekster zijn voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Incidentenregister. Deze registratie heeft een andere ingangsdatum, namelijk het moment waarop het incident is vastgesteld. De overige registraties gaan lopen vanaf de datum van de eerste beslissing. De gegevens van verzoekster zijn voor de duur van 4 jaren opgenomen in het EVR. De opnameduur voor het Incidentenregister is langer, omdat de zorgverzekeraar de sector ook passief wil beschermen. Het Incidentenregister en het EVR zijn ter bescherming van de sector. Het EVR kan actief waarschuwen en informeren. De registratie in het Incidentenregister is langer,

om na verloop van de registratie in het EVR de sector nog passief te kunnen informeren. Dit ziet op situaties waarin andere financiële instellingen iets vaststellen en dan de zorgverzekeraar willen bevragen. De zorgverzekeraar beoordeelt dan of informatie wordt verstrekt. Ten aanzien van de duur van de registraties licht de zorgverzekeraar toe dat verzoekster over een langere periode en bij herhaling/stelselmatig heeft gefraudeerd, namelijk in december 2023 en april 2024, en in 2025 opnieuw. Daarnaast speelt mee dat de verklaring van verzoekster niet strookt met wat de zorgverzekeraar kan constateren en dat verzoekster de fraude niet erkent. Dit verhoogt de kans op recidive, en wordt daarom meegewogen. De registratie in het EVR kan verzoekster hinderen bij het afsluiten van een aanvullende verzekering elders, daarom is die duur beperkt tot 4 jaren. De registratie in het Incidentenregister speelt hierbij geen rol.
Voor de interne registraties is gekozen voor de duur van 8 jaren. Het is mogelijk om verzoekster 5 jaren te kunnen weren, ook uit zorgverzekering. Hiervoor moet er echter wel een intern geheugen zijn. Ook na deze 5 jaren, als de zorgverzekeraar dan wel het concern waartoe hij behoort, verzoekster weer zou moeten accepteren, wenst hij gewaarschuwd te worden voor bijvoorbeeld het aangaan van een aanvullende verzekering of opdat hij verscherpt naar haar declaraties kan kijken.

4.10. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 september 2025 een specificatie van de gevorderde onderzoekskosten gezonden. Ook heeft de zorgverzekeraar de Maatregelenrichtlijn van Zorgverzekeraars Nederland en de daarbij horende maatregelen-matrix, die door hem is gebruikt bij het vaststellen van de op te leggen maatregelen, ingebracht. De zorgverzekeraar licht toe dat de Maatregelenrichtlijn een hulpmiddel is voor zorgverzekeraars en zorgkantoren om te komen tot passende maatregelen als fraude is vastgesteld. Volgens de Maatregelenrichtlijn wordt het financiële belang dat met de fraude is gemoeid, samen met enkele mogelijke verzwarende omstandigheden en een verzachtende omstandigheid, gewogen. Dit resulteert in een puntenoptelling, waar maatregelen aan worden verbonden. Doordat alle zorgverzekeraars en zorgkantoren de Maatregelenrichtlijn hanteren, ontstaat er uniformiteit in de wijze waarop zij vaststellen welke maatregelen passend zijn. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat is geprobeerd te frauderen voor een totaalbedrag van € 1.775,--. Dit levert een financieel belang van meer dan € 1.000,-- en minder dan €10.000,-- op (6 punten). Verder gelden als verzwarende omstandigheden dat verzoekster na confrontatie met bewijs blijft ontkennen (2 punten) en dat er stelselmatig is gefraudeerd omdat er herhaaldelijk, in ieder geval tot zes keer toe, valse nota's zijn ingediend. Er zijn volgens de zorgverzekeraar geen verzachtende omstandigheden in de zin van de Maatregelenrichtlijn. Uit de overgelegde maatregelen-matrix volgt een score van 13 punten, wat een interne signalering, opzegging van de overeenkomst, eenzijdige indiening van een nacalculatie NZa, EVR voor de duur van 4 jaren, en aangifte rechtvaardigt.
Ook in het kader van de interne signaleringen zijn de omvang van het financieel belang en de omstandigheid dat hier sprake is van stelselmatige fraude en een blijvend ontkennende verzekerde meegewogen. Vooral de omstandigheid dat verzoekster ook na confrontatie met bewijs blijft ontkennen is in dit verband een zwaarwegende omstandigheid. Als iemand geen verantwoordelijkheid neemt en geen inzicht toont in eigen gedrag, dan wordt ervan uitgegaan dat dit een groter risico geeft op recidive. Dit verhoogd risico op recidive rechtvaardigt dat de zorgverzekeraar zichzelf en de sector maximaal wil beschermen tegen deze recidive. Met behulp van het IVR kan de fraudeafdeling (Speciale Zaken) van de zorgverzekeraar het concern waarvan hij deel uitmaakt waarschuwen voor veiligheidsrisico's. Dit is noodzakelijk om te kunnen handhaven dat verzoekster gedurende 5 jaar geen nieuwe zorgverzekering kan afsluiten bij de groep. Ook daarna heeft de zorgverzekeraar belang bij registratie in het IVR. Indien verzoekster zich na 5 jaar aanmeldt voor een zorgverzekering wil de zorgverzekeraar vanwege het verhoogd risico op recidive gewaarschuwd blijven om eventuele declaraties verscherpt te kunnen controleren.
Verzoekster heeft geen bijzondere omstandigheden naar voren gebracht waaruit blijkt dat zij meer hinder ondervindt van deze registratie dan gerechtvaardigd is. Sterker nog, zij heeft aangegeven nooit meer bij de zorgverzekeraar verzekerd te willen zijn en zal in dat geval helemaal

geen hinder ervaren van deze registratie. De zorgverzekeraar acht het gezien de omstandigheden van dit geval proportioneel dat de groep waartoe hij behoort 8 jaren gewaarschuwd kan worden voor eventuele veiligheidsrisico's. Dit geldt ook voor het Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie die het geheugen vormen van de afdeling Speciale Zaken van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar acht het van belang dat indien zich in de toekomst een nieuw fraudesignaal zou voordoen de afdeling Speciale Zaken nog op de hoogte is van de eerder geconstateerde fraude. Op die manier kan bij een toekomstig fraudesignaal recidive worden vastgesteld, wat dan als verzwarende omstandigheid wordt toegerekend. Het constateren en tegengaan van recidive is voor de zorgverzekeraar van groot belang. Er is niet gesteld of gebleken dat verzoekster meer hinder van deze zuiver interne registratie van de Afdeling Speciale Zaken ondervindt dan is gerechtvaardigd. Zij ondervindt hiervan ook uitsluitend hinder in geval er zich een nieuw fraudesignaal voordoet. Ook in dit verband is relevant dat verzoekster stelt nooit meer verzekerd te willen zijn bij de zorgverzekeraar. In dat geval ondervindt ze geen hinder van de registratie en lopen de belangen parallel. De registratie in het Incidentenregister en het Gebeurtenissenregister voor de duur van 8 jaren voldoet in de gegeven omstandigheden aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.

4.11. Verder heeft de zorgverzekeraar in reactie op het door verzoekster ter zitting overgelegde document toegelicht dat 'sim-wrapping' geen bekend fenomeen is. Via Google is er slechts één artikel over dit onderwerp te vinden en dat is het artikel van de Belgische site redactie24.be, dat door verzoekster is overgelegd. Dit betreft dus geen informatie van de politie. Op de website van de politie wordt wel gewaarschuwd voor een andere, bekendere vorm van identiteitsfraude, te weten 'sim-swapping'. In dat geval neemt de fraudeur bij de provider, met de persoonlijke gegevens van het slachtoffer, de simkaart over. Het slachtoffer heeft dan vervolgens met de eigen simkaart geen toegang meer tot het netwerk. Verzoekster stelt daarentegen dat haar simkaart is gekloond. In dat geval zouden "Martin" en zij tegelijkertijd toegang hebben tot het netwerk via dezelfde simkaart. Voor zover dit al mogelijk is, zou de zorgverzekeraar dit aan de hand van de loggegevens kunnen herkennen.
Op basis van de digitale gegevens is echter vastgesteld dat het zeer onwaarschijnlijk is dat hier sprake is geweest van 'sim-wrapping' of een gekloonde simkaart. Ook als de simkaart is gekloond, moet de app op het andere apparaat worden geïnstalleerd. Deze app krijgt dan een unieke code. Uit de inloggegevens van de app blijkt echter niet dat er verschillende apps door elkaar heen zijn gebruikt.
Bovendien wordt bij ieder inlogmoment via de app of op de site gebruik gemaakt van cookies. Hierdoor herkent de zorgverzekeraar bij een volgend bezoek de gebruikte computer of het mobiele apparaat. Deze cookies zijn uniek per toestel en browser en blijven gedurende een langere periode hetzelfde, tenzij de cookies worden verwijderd of de app opnieuw wordt geïnstalleerd. Als "Martin" de simkaart van verzoekster heeft gekloond, heeft hij gebruik moeten maken van deze gekloonde simkaart met behulp van een andere computer of mobiel apparaat dan dat van verzoekster. In de loggegevens van de zorgverzekeraar zou dan dus zichtbaar moeten zijn dat er door elkaar heen gebruik is gemaakt van verschillende apparaten met unieke cookie-codes. Dat is echter niet het geval.
Daarnaast is de zorgverzekeraar opgevallen dat op 18 december 2023 en 2 januari 2024 met hetzelfde toestel niet alleen voor verzoekster is ingelogd op de website van de zorgverzekeraar, maar ook voor haar echtgenoot en haar zoon. Verondersteld mag worden dat niet ook alle inloggegevens van deze verzekerden met "Martin" zijn gedeeld. Aan de hand van de unieke cookiecodes kan aldus worden vastgesteld dat in ieder geval in de periode van 11 december 2023 tot en met 23 februari 2024 is ingelogd, gedeclareerd en gecorrespondeerd met de zorgverzekeraar met het mobiele toestel van verzoekster. Ook dit maakt het onaannemelijk dat hier sprake zou zijn geweest van sim-wrapping.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. De commissie zal eerst beoordelen of de zorgverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de door de zorgverzekeraar in dat kader getroffen maatregelen en de vordering van de onderzoekskosten.

Verondersteld fraude

6.3. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster heeft geprobeerd hem opzettelijk te misleiden door vervalste facturen ter declaratie in te dienen. Volgens de zorgverzekeraar zou sprake zijn van fraude in de zin van artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.4. Op basis van die conclusie heeft de zorgverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals is vermeld onder 2.3. De maatregelen die de zorgverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Omdat fraude tevens een strafbaar feit oplevert kan hiervan aangifte worden gedaan, maar dit is in de situatie van verzoekster niet gebeurd.

6.5. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden het recht op uitkering vervalt. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de zorgverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.

6.6. Er is aanvankelijk - dat wil zeggen vóór de start van het onderzoek - zesmaal een nota van Stichting Intermedica ter declaratie ingediend bij de zorgverzekeraar. Het gaat daarbij om vier nota's, waarvan er twee tweemaal zijn ingediend. Uit het door de zorgverzekeraar overgelegde overzicht, zoals vermeld in het frauderapport en in de brief van 6 juni 2025, blijkt dat op 4 december 2023 een nota van € 430,-- is gedeclareerd met factuurnummer IMH en behandeldatum 4 december 2023. Op 6 december 2023 is deze nota nogmaals gedeclareerd. Op 11 december 2023 is een nota van € 350,-- gedeclareerd met factuurnummer IMH20231130 met behandeldatum 9 december 2023. Op 22 december 2023 is een nota van € 350,-- gedeclareerd met factuurnummer IMH20231131 met behandeldatum 19 december 2023. Deze nota is op 29 december 2023 nogmaals gedeclareerd. En op 24 april 2024 is een nota van € 215,-- gedeclareerd met factuurnummer IMH20231130 met behandeldatum 2 december 2023. Verzoekster heeft tijdens het gesprek met de zorgverzekeraar op 4 september 2024 verklaard dat

zij slechts één keer bij Stichting Intermedica is geweest, en dat zij hiervoor één nota heeft ontvangen. Hieruit zou volgen dat in ieder geval drie gedeclareerde nota's vals zijn. De zorgverzekeraar heeft echter ook nog de originele nota gekregen van de zorgaanbieder en deze op 6 augustus 2025 overgelegd. Uit deze originele nota en het e-mailbericht van de zorgaanbieder van 2 juli 2025 blijkt dat de ter declaratie ingediende nota's geen van alle de originele nota betreffen. Dit betekent dat alle eerder ingediende nota's van Stichting Intermedica valse nota's zijn. Gezien de stellingen van verzoekster is de volgende vraag die moet worden beantwoord of het opzet tot misleiding aan haar kan worden toegerekend.

6.7. Verzoekster heeft gesteld dat zij de valse nota's niet zelf ter declaratie heeft ingediend, en dat zij hiermee niet bekend was tot zij de brief hierover van de zorgverzekeraar ontving. Uit de gegevens van de zorgverzekeraar blijkt echter dat verzoekster tweemaal een vergoeding heeft ontvangen voor zorg die is geleverd door Stichting Intermedica. Een bedrag van € 430,-- is verrekend met openstaande kosten en een bedrag van € 350,-- is op haar bankrekening gestort. Ook zijn er declaratieoverzichten naar verzoekster gestuurd. Op grond hiervan had verzoekster kunnen weten dat valse nota's van de zorgaanbieder ter declaratie waren ingediend en vergoed.

6.8. Verder heeft verzoekster gesteld dat haar echtgenoot destijds, toen zij in het ziekenhuis lag, haar DigiD, haar bankrekeningnummer en de inloggegevens van haar telefoon en van haar app van de zorgverzekeraar aan een derde, "Martin", heeft gegeven, omdat haar echtgenoot, die digibeet is en lijdt aan dementie, zelf niet in staat was om een nota ter declaratie in te dienen. "Martin" zou volgens verzoekster de valse nota's hebben ingediend. Er is niet aannemelijk geworden dat een ander dan verzoekster voor de valse nota's en indiening daarvan verantwoordelijk is. Van "Martin" zijn verzoekster naar eigen zeggen geen gegevens bekend. Zij heeft aan de zorgverzekeraar verklaard dat zij van hem alleen weet dat hij in de gevangenis zit, en tijdens de hoorzitting heeft zij eerst gezegd dat hij in Duitsland en later dat hij in België is gedetineerd. Uit het onderzoek van de zorgverzekeraar naar de digitale informatie behorende bij de declaraties, zoals vermeld onder 4.4 en 4.10, blijkt dat op verschillende momenten met hetzelfde apparaat de (valse) nota's via de zorg-app van verzoekster zijn ingediend en dat hiermee ook is gecommuniceerd met de zorgverzekeraar. Dit komt niet overeen met de stelling van verzoekster dat slechts eenmaal haar telefoon met alle inlogcodes ter beschikking is gesteld aan "Martin" om een nota te declareren. Bovendien geldt dat zelfs al zou de echtgenoot van verzoekster de telefoon met inlogcodes eenmalig aan "Martin" hebben verstrekt, de gevolgen hiervan aan verzoekster zijn toe te rekenen. De app van de zorgverzekeraar is – onweersproken - alleen toegankelijk met DigiD en een persoonlijke toegangscode. Met DigiD kan betrokkene zich online identificeren. DigiD is persoonlijk en betrokkene dient zijn inloggegevens te beschermen om misbruik te voorkomen. Door haar inlogcodes en haar DigiD beschikbaar te stellen aan een ander, in dit geval haar - dementerende - echtgenoot, vergroot en aanvaardt verzoekster het risico dat hiervan misbruik wordt gemaakt, in het bijzonder wanneer deze gegevens door haar echtgenoot weer worden doorgegeven aan een derde die hiermee, zoals verzoekster heeft verklaard, op haar naam valse nota's indient en in haar naam betaling van die nota's vraagt van de zorgverzekeraar. Verder is verzoekster degene die financieel voordeel heeft behaald door de fraude, aangezien de vergoeding van € 430,-- is verrekend met openstaande kosten en de vergoeding van € 350,-- is uitgekeerd op haar bankrekening. Dat "Martin" de uitgekeerde € 350,-- volgens verzoekster van haar rekening heeft gehaald, doet hier niet aan af, nog daargelaten dat hiervan door haar geen bewijs is overgelegd.

6.9. Verder heeft verzoekster verklaard dat mogelijk sprake is van 'sim-wrapping' dan wel 'sim-swapping' (klonen) van haar simkaart, waardoor "Martin" op haar naam valse nota's ter declaratie kon indienen. De commissie heeft in de overgelegde stukken en de toelichting van verzoekster geen bewijzen gevonden die haar stelling onderbouwen. De zorgverzekeraar heeft daarentegen in zijn brief van 17 september 2025 de mogelijkheid van 'sim-wrapping' bestreden, en uitgebreid en gemotiveerd toegelicht dat aan de hand van digitale gegevens, zoals de unieke

code van de app en de cookies die worden gebruikt bij ieder inlogmoment, blijkt dat geen sprake is van gebruik van een gekloonde simkaart, omdat in dat geval zou zijn ingelogd vanaf een ander apparaat. Verzoekster heeft dit alles niet gemotiveerd weersproken. De commissie concludeert daarom dat niet is gebleken van ‘sim-wrapping’ of ‘sim-swapping’.

6.10. Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat de nota die zij in eerste instantie had gedeclareerd, werd afgewezen door de zorgverzekeraar, omdat de hierop vermelde code niet correct was. De zorgverzekeraar heeft ter zitting toegelicht dat dit een valse nota betrof. Ook uit de overgelegde stukken blijkt dat het om de op 4 december 2023 gedeclareerde nota van € 430,-- gaat. Dit argument van verzoekster kan daarom niet overtuigen.

6.11. Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat haar echtgenoot haar gegevens aan “Martin” heeft gegeven, omdat zij op dat moment was opgenomen in het ziekenhuis. Tijdens de hoorzitting heeft zij toegelicht dat zij op 6 en 7 december 2023 was opgenomen in het ziekenhuis. De zorgverzekeraar heeft ter zitting toegelicht dat de eerste valse nota, zoals uit het door hem bij brief van 6 juni 2025 overgelegde overzicht blijkt, al op 4 december 2023 ter declaratie is ingediend, dus vóór de gestelde ziekenhuisopname. Ook dit argument van verzoekster kan daarom niet overtuigen.

6.12. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 6 augustus 2025 aan de commissie meegedeeld dat door verzoekster op 26 maart 2025 wederom een valse nota ter declaratie is ingediend en dat naar aanleiding hiervan ten onrechte een vergoeding van € 215,-- is uitgekeerd. Volgens verzoekster stuurde zij de nota alleen in om deze aan de zorgverzekeraar te tonen, en had zij niet de bedoeling de kosten te declareren. De commissie overweegt dat de betreffende nota geen deel uitmaakt van het onderzoeksrapport en dus ook geen onderwerp is van het onderhavige geschil. De commissie zal deze nota om die reden thans niet beoordelen.

6.13. Gelet op wat de commissie hierboven heeft overwogen, kan de commissie tot geen andere conclusie komen dan dat het opzet tot misleiding door de zorgverzekeraar is aangetoond en dat door hem tevens is aangetoond dat verzoekster hiervoor verantwoordelijk is. Hoewel hiertoe door de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster de bevindingen van de zorgverzekeraar niet kunnen ontzenuwen. De zorgverzekeraar kon daarom concluderen dat sprake is van fraude. Verzoekster had om die reden geen aanspraak op vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten. Nu sprake is van fraude was de zorgverzekeraar in beginsel ook gerechtigd de overige maatregelen tegen verzoekster te treffen, te weten terugvordering van de uitgekeerde vergoedingen, het opnemen van de gebeurtenis onderscheidenlijk de persoonsgegevens van verzoekster in de verschillende registers, het beëindigen van haar verzekering, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten.

6.14. Hierna zal worden ingegaan op de tegen verzoekster getroffen maatregelen, met uitzondering van de beëindiging van de zorgverzekering van verzoekster. Zij heeft immers verklaard dat dit punt niet in geschil is.

Terugvordering

6.15. Aangezien onder 6.8 is vastgesteld dat verzoekster door haar ter zake Stichting Intermedica ingediende declaraties ten onrechte vergoed heeft gekregen, mocht de zorgverzekeraar de aldus ten onrechte uitgekeerde, dan wel verrekende, bedragen van € 350,-- en € 430,--van haar terugvorderen. Deze werden immers zonder rechtsgrond en daarmee onverschuldigd betaald. Verzoekster heeft de hoogte van de terugvordering niet gemotiveerd bestreden. De commissie gaat daarom uit van de juistheid van deze twee teruggevorderde bedragen.
Daarnaast heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 215,-- teruggevorderd voor een nota die op 26 maart 2025 door verzoekster is ingediend. Zoals onder 6.12. is opgemerkt, maakt die nota

geen deel uit van het onderhavige geschil en blijft deze daarom ook in het kader van de terugvordering buiten beschouwing.

Registratie persoonsgegevens

6.16. De conclusie dat sprake is van fraude leidt ertoe dat de zorgverzekeraar gerechtigd was, op grond van artikel A.20 van de verzekeringsvoorwaarden van 2023 en 2024 verdere maatregelen aan verzoekster op te leggen. In dat verband heeft hij haar persoonsgegevens voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Incidentenregister, het IVR en de Gebeurtenissen-administratie en voor de duur van 4 jaren in het EVR. De commissie overweegt daarover als volgt.

6.17. De verwerking van persoonsgegevens is aan regels gebonden. Deze zijn vastgelegd in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (hierna: AVG). Voor zover verwerking is toegestaan, met name 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 vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Daarop zal hieronder worden teruggekomen.
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 de verzekeraar hebben toegang tot deze systematisch toegankelijk registratie. Toch kan opname hierin een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld. Een verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van degene die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systematisch toegankelijke registratie waartoe alle verzekeraars toegang hebben. Medewerkers van andere verzekeraars kunnen daardoor achterhalen of over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de persoonsgegevens heeft laten registreren in het EVR. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan betrokkene, in dit geval verzoekster, kunnen weigeren.
Het doel van en de eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI) waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De zorgverzekeraar is via zijn lidmaatschap van genoemde vereniging gebonden aan het PIFI. De commissie zal hierna nagaan of opname van de persoonsgegevens van verzoekster, en de duur daarvan, in het Incidentenregister en het EVR gerechtvaardigd is in het licht van de AVG.

6.18. Gelet op hetgeen onder 6.13. is overwogen, is sprake van opzettelijke misleiding door verzoekster. In het licht van het met de registratie van de persoonsgegevens beoogde doel, te weten, kort gezegd, het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, is de opname van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR noodzakelijk om dit doel te bereiken. Hiermee is voldaan aan eerdergenoemd beginsel van subsidiariteit.

6.19. Waar het gaat om de proportionaliteit moet onderscheid worden gemaakt tussen het registreren van de persoonsgegevens ‘an sich’ en de duur van de opname in de diverse registers. Met betrekking tot het laatste geldt dat de zorgverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van 4 jaren heeft opgenomen in het EVR en voor de maximumtermijn van 8 jaren in het Incidentenregister. De zorgverzekeraar heeft na de hoorzitting, daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, nader toegelicht hoe hij tot de registratie voor de duur van 4 jaren voor het EVR is gekomen.
De commissie leest in de in dat verband overgelegde maatregelen-matrix dat in dit kader alleen als betrokkene door een derde tot de fraude is aangezet, dit te gelden heeft als verzachtende omstandigheid. De commissie overweegt dat bij het vaststellen van de duur van de registratie

van de persoonsgegevens in het EVR en het Incidentenregister ook rekening moet worden gehouden met de persoonlijke situatie van betrokkene. Verzoekster heeft in dat kader onder andere aangevoerd dat zij te maken heeft met gezondheidsklachten. Daarnaast heeft zij de zorg voor haar dementerende echtgenoot, en ook haar inwonende zoon kampt met gezondheidsproblemen. Voorts heeft zij aangevoerd dat zij meer dan 40 jaren was verzekerd bij de zorgverzekeraar, zonder dat sprake is geweest van onterechte uitkeringen. Dit alles neemt echter niet weg dat zij bij herhaling valse nota's tot een bedrag ad € 1.775,-- heeft ingediend en dat zij zelfs nog na confrontatie met de fraude is blijven ontkennen. Gegeven deze omstandigheden ziet de commissie geen reden om op grond van de proportionaliteit de duur van de registratie in het EVR te matigen.

6.20. Wat betreft de registratie voor 8 jaren in het Incidentenregister heeft de zorgverzekeraar naar voren gebracht dat hij, gezien de verhoogde kans op recidive, zichzelf en de sector maximaal wil beschermen, naar de commissie begrijpt: ook nadat de termijn van 5 jaren, waarin verzoekster op grond van de Zvw bij hem geen nieuwe zorgverzekering kan afsluiten, is verstreken. Hij acht het daarbij van belang dat, indien zich in de toekomst met betrekking tot verzoekster een nieuw fraudesignaal zou voordoen, de afdeling Speciale Zaken nog op de hoogte is van de eerder geconstateerde fraude. Op die manier kan bij een toekomstig fraudesignaal recidive worden vastgesteld, wat dan als verzwarende omstandigheid wordt toegerekend. Daarbij voert de zorgverzekeraar aan dat niet is gebleken dat verzoekster van deze registratie meer hinder ondervindt dan gerechtvaardigd is. Zij heeft immers verklaard niet meer verzekerd te willen zijn bij de zorgverzekeraar en zal alleen hinder ondervinden van de interne registratie als zich een nieuw fraudesignaal voordoet. De commissie kan de zorgverzekeraar hierin niet volgen. Het Incidentenregister heeft werking binnen het concern waartoe de zorgverzekeraar behoort en betreft dus ook andere verzekeringen dan de zorgverzekering. Dit betekent dat verzoekster wel degelijk in haar belang kan worden getroffen indien zij een verzekering wil aangaan bij een andere verzekeraar binnen het concern, ook al heeft zij te kennen gegeven dat zij nooit meer bij de zorgverzekeraar verzekerd wil zijn. De maximale termijn waarvoor een verzekerde ingevolge het PIFI in het Incidentenregister kan worden opgenomen, bedraagt acht jaar. De commissie acht onvoldoende gemotiveerd en niet proportioneel om na ommekomst van de termijn van vijf jaar waarin verzoekster geen zorgverzekering bij de zorgverzekeraar kan afsluiten, verzoekster nog gedurende de maximaal mogelijke termijn, namelijk acht jaren, in het Incidentenregister opgenomen te houden. Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat de zorgverzekeraar weliswaar in algemene zin heeft aangevoerd dat verzoekster is blijven ontkennen en dat daarmee een kans op recidive bestaat, maar daar staat tegenover dat de zorgverzekeraar niet heeft bestreden dat verzoekster 40 jaar bij hem is verzekerd geweest, zonder dat zij ten onrechte uitkeringen heeft ontvangen. De commissie matigt daarom deze registratie tot een termijn van 5 jaren.

6.21. De persoonsgegevens van verzoekster zijn ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR van de zorgverzekeraar. 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. Aangezien is geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd, is aan voornoemde voorwaarden voldaan en mocht de zorgverzekeraar haar persoonsgegevens opnemen in zijn Gebeurtenissenadministratie en het IVR. Voor de Gebeurtenissenadministratie en het IVR geldt eveneens dat het met de registratie van de persoonsgegevens beoogde doel op geen andere wijze kan worden bereikt, zodat is voldaan aan het vereiste van subsidiariteit.

De zorgverzekeraar is ook hier gekomen tot een registratie voor de duur van 8 jaren en motiveert de proportionaliteit hiervan op vergelijkbare wijze als hiervoor onder 6.20 is opgenomen. De commissie overweegt op gelijke wijze dat deze motivering in het licht van artikel 6 (1) (f) AVG, niet overtuigt en daarom matigt zij de duur van de registratie in deze registers ook in dit geval tot 5 jaren.

Verhaal onderzoekskosten

6.22. In artikel A.20 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De zorgverzekeraar mocht de onderzoekskosten daarom bij verzoekster in rekening brengen. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 558,-- bedragen, maar heeft hiervan in eerste instantie geen onderbouwing gegeven. Daarnaar gevraagd heeft de zorgverzekeraar de berekening van de onderzoekskosten in zijn brief van 17 september 2025 toegelicht. Anders dan verzoekster, komt de hoogte van de kosten de commissie niet bovenmatig voor.

6.23. Nu het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen acht de commissie gronden aanwezig om te bepalen dat de zorgverzekeraar het betaalde klachtgeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

Slotsom

6.24. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

(i) in dit geval sprake is van fraude;
(ii) de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister, het IVR en het Gebeurtenissenregister wordt beperkt tot de duur van 5 jaren;
(iii) hetgeen meer of anders door verzoekster is gevorderd, wordt afgewezen;
(iv) de zorgverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 9 januari 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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. Voorwaarden zorgverzekering

2. Wetgeving

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen uw basisverzekering:

a. met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
b. op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
c. als u militair in werkelijke dienst wordt;
d. bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel A.20 van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
e. bij overlijden;
f. als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
g. als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

a. zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
b. vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
c. vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
d. vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
   - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
   - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
   - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

a. onder valse voorwendselen;
b. 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:

a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
d. 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:

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

A.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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

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 erfelijkheidsadvisering.

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.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

12.6 Afspraken over de collectiviteit

De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Zijn er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteit? Dan informeren wij uw kinderen daar schriftelijk over.

A.13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen of ter beschikking is gesteld via Mijn Zilveren Kruis. U kunt dit herroepen via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

a. Via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
b. U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
c. Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dit kan bijvoorbeeld wanneer uw zoon/dochter 18 jaar wordt, uit huis gaat, of wanneer er sprake is van beëindiging van een relatie of huwelijk. Dan kunt u (verzekeringnemer) via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch deze verzekering voor de verzekerde opzeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
d. Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.
e. Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan ófwel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ófwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft.
U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u op welke datum de verzekering eindigt.

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen uw basisverzekering:

a. met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
b. op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
c. als u militair in werkelijke dienst wordt;
d. bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel A.20 van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
e. bij overlijden;
f. als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
g. als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens

Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven onder andere:

a. om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
b. om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
c. om producten en diensten te verbeteren;
d. om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
e. voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
f. om risico's in te schatten;
g. voor relatiebeheer;
h. om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons Privacystatement, te raadplegen op zilverenkruis.nl.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons Privacystatement, te raadplegen op zilverenkruis.nl.

19.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op stichtingcis.nl.

19.3 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.4 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

19.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

a. onder valse voorwendselen;
b. 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:

a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
c. een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
d. 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:

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

A.21 Begripsbepalingen

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

Acute zorg

Zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijke ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of is verergerd.

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 Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF NL) of als specialist bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een instelling voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

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 erfelijkheidsadvisering.

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-behandelcombinatie (DBC)

Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 162

1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.

2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.

3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.

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.

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 verwerkingssituaties 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 dienstenovereenkomst, 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.