



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Veronderstelde fraude, betaalbewijs, beëindiging zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, registratie in het Extern Verwijzingsregister (EVR), melding bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, hoogte onderzoekskosten

Zaaknummer : 201700977
Zittingsdatum : 13 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artt. 6:96, 7:941 en 7:943 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 april 2017 aan verzoeker medegedeeld dat hij hem op 23 januari 2017 een betalingsherinnering heeft gestuurd ter zake van het verschuldigde eigen risico 2016 van € 56,63. In reactie hierop heeft verzoeker op 23 januari 2017 via Mijn DSW aan de ziektekostenverzekeraar een betaalbewijs gezonden om aan te tonen dat hij het betreffende bedrag reeds had voldaan. De ziektekostenverzekeraar vermoedde evenwel dat het aangeleverde betaalbewijs niet authentiek was, omdat hij het betreffende bedrag niet had ontvangen, en concludeerde dat verzoeker heeft getracht hem te misleiden. Daarom is verzoeker in de gelegenheid gesteld zijn zienswijze schriftelijk kenbaar te maken.
- 3.2. Verzoeker heeft bij brief van 21 april 2017 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 april 2017.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 mei 2017 aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van fraude, omdat hij een gemanipuleerd bankafschrift heeft toegestuurd als bewijs van betaling van het bedrag van € 56,63. Daarom worden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen (hierna: het EVR). Ook is het dossier aangemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars. Voorts zal de ziektekostenverzekeraar aangifte doen van de geconstateerde fraude. Tot slot is door de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 750,- aan onderzoekskosten van verzoeker gevorderd.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
 - 3.5. Bij brief van 14 oktober 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is zijn gegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister en het EVR, de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude ongedaan te maken, en de gevorderde onderzoekskosten te matigen (hierna: het verzoek).
 - 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2018 aan verzoeker gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 27 april 2018 en 15 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
 - 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
 - 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 juni 2018 in persoon gehoord.
 - 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 juni 2018 nadere informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 12 juli 2018 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft in januari 2017 een betalingsherinnering voor het verschuldigde eigen risico 2016 van € 56,63 van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Omdat hij in de veronderstelling was dat hij dit bedrag reeds had voldaan, heeft hij een kopie van de betaaltransactie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Achteraf bleek dat de betreffende betaling een paar dagen later was teruggestort. Toen verzoeker die constateerde heeft hij dit op 8 april 2017 gecorrigeerd. Dit was voordat de ziektekostenverzekeraar hem hierover had aangeschreven.
 - 4.2. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar inbreuk heeft gemaakt op zijn privacy en persoonlijke levenssfeer omdat hij niet is geïnformeerd over het opvragen van gegevens die betrekking hebben op persoonlijke en vertrouwelijke informatie. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar artikel 7.1.b van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek geschonden. In dit artikel is bepaald dat betrokkene wordt geïnformeerd voordat de ziektekostenverzekeraar informatie gaat inwinnen bij een derde. Dit is in de onderhavige situatie niet gebeurd. Ook de informatieplicht is in het geding. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk niet vooraf kenbaar gemaakt met welk doel hij de informatie opvraagt en welke gegevens hij doorgeeft aan de derde.

- 4.3. Verzoeker vindt het, mede gelet op de regels ter zake van de privacy, vreemd dat de ziektekostenverzekeraar informatie heeft opgevraagd bij de bank. De bankrekening waarvan de betaling van € 56,63 werd verricht, staat namelijk niet op zijn naam. De rekeninghouder is overigens evenmin geïnformeerd over de door de ziektekostenverzekeraar opgevraagde en door de bank verstrekte informatie.
- 4.4. Verzoeker vindt het "boetebedrag" voorts niet in verhouding staan tot het bedrag waarop dit geschil betrekking heeft.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij destijds bedragen via internet overmaakte, direct een schermprint maakte van de betaling en die print in zijn administratie opborg. Nadat de ziektekostenverzekeraar hem had medegedeeld dat het bedrag niet was ontvangen, heeft verzoeker een kopie van die schermprint aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Later is hem gebleken dat hij het bedrag weliswaar had overgemaakt, maar dat de bank de opdracht had geweigerd. Verzoeker merkt hierbij op dat hij destijds geen snelle internetverbinding had, zodat er enige tijd kon verstrijken tussen het verzenden van de opdracht en de weigering door de bank. Volgens verzoeker had de ziektekostenverzekeraar indertijd contact met hem kunnen opnemen over het probleem met de betaling. Dan had hij het toen al kunnen uitzoeken en was de zaak opgelost. Verzoeker stelt voorts dat zijn echtgenote in 2014 een vergelijkbaar probleem had met een zorgverzekeraar die tot het concern van de ziektekostenverzekeraar behoort. Zijn echtgenote heeft de zaak voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, en de zorgverzekeraar is haar in die kwestie tegemoet gekomen. Als haar zorgverzekeraar de procedure was aangegaan, zou toen al duidelijk zijn geworden wat het probleem is, en zou het nu niet zo ver zijn gekomen. Daarnaast gevraagd kan verzoeker geen verklaring geven voor de "B" die voor het bedrag van 56,63 staat op het betalingsbewijs. Hij kan zich voorstellen dat dit vragen oproept. Verzoeker heeft destijds contact gehad met de bank. Hem is toen verteld dat de betaling goed was gegaan, en dat hij niet meer met de ziektekostenverzekeraar moest communiceren. Verzoeker wil een en ander nog verder uitzoeken. Dit wordt echter bemoeilijkt doordat de rekening waarvan de betaling is verricht niet meer in gebruik is. Dit was een gezamenlijke rekening van hem en zijn echtgenote.
- 4.6. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 juni 2018 stelt verzoeker dat hij de duur van de registratie in het EVR erg lang vindt. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar de duur van de registratie had moeten vermelden in de maatregelenbrief. Verder meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de registratie een zogenoemde proportionaliteitstoets dient uit te voeren. Dit laatste volgt uit verschillende uitspraken van het Kifid (onder andere nr. 2015/142, 143, 206 en 237). Tot slot vraagt verzoeker de commissie goed te kijken naar de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde specificatie ter zake van de onderzoekskosten.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 8 december 2016 verzocht een bedrag van € 56,63 te betalen ter zake van het verschuldigde eigen risico 2016. Op 23 januari 2017 is aan hem een betalingsherinnering gezonden. Dezelfde dag heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een e-mailbericht ontvangen, waarin hij vermeldt dat hij verbaasd is over de betalingsherinnering, omdat hij het betreffende bedrag reeds heeft overgemaakt. Door verzoeker werd ter onderbouwing van zijn stelling een betalingsbewijs meegestuurd.
- 5.2. Naar aanleiding van de stelling van verzoeker dat hij het verschuldigde bedrag van € 56,63 reeds had voldaan en het door hem toegezonden betalingsbewijs, heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals in zijn administratie nagekeken of de betaling van 20 december 2016 door hem was ontvangen. Dit bleek niet het geval te zijn. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar bij de bank, die

was vermeld op het betalingsbewijs, nagevraagd of het betreffende bedrag op 20 december 2016 was afgeschreven van het vermelde rekeningnummer. De bank verklaarde dat het bedrag niet van dat rekeningnummer was afgeschreven.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is op 30 maart 2017 door de bank erop gewezen dat de door verzoeker overgelegde uitdraai is gemanipuleerd. De uitdraai vermeldt dat het een uitgevoerde transactie betreft. Daarnaast staat in de koptekst van de uitdraai dat het om transactiedetails gaat binnen de categorie 'Bij- en afschrijvingen'. Een afschrijving houdt in dat sprake is van een uitgevoerde en goedgekeurde transactie. De bank heeft evenwel verklaard dat er nooit een transactie heeft plaatsgevonden. Het enige waarvan sprake is, is dat er een transactiebewijs is gefabriceerd aan de hand waarvan verzoeker in januari 2017 heeft gesteld aan zijn betalingsverplichting te hebben voldaan. Bovendien geeft verzoeker in zijn e-mailbericht van 25 januari 2017 aan dat hij contact heeft opgenomen met de bank en dat de bank heeft verklaard dat de betaling "gewoon is uitgevoerd". Verzoeker heeft in zijn brief van 19 november 2017 aangevoerd dat het door hem op 23 januari 2017 overgelegde transactiebewijs een afdruk is van een betaalopdracht van 20 december 2016 die later door de bank is afgekeurd. Op de uitdraai staat evenwel dat het om een uitgevoerde transactie gaat. Zoals hiervoor is opgemerkt, heeft de bank bevestigd dat de transactie nooit heeft plaatsgevonden. Er is dus nadrukkelijk geen sprake geweest van een transactie die aanvankelijk is uitgevoerd en die later is afgekeurd, zoals verzoeker beweert.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat het door verzoeker overgelegde betalingsbewijs enkele opvallende punten vertoont. Er staat "B 56,63" in plaats van "€ 56,63". Daarnaast staat er "DSW Verzekeringen" in plaats van "DSW Zorgverzekeraar". En er staat een spatie tussen de eerste en tweede letter van de volgende woorden: "transactiedetails", "transactiedatum", "bedrag", "rekeningnummer", "status", "rekeningnummer begunstigde", "naam rekeninghouder", "details".
- 5.5. Gezien het bovenstaande concludeert de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker hem opzettelijk heeft misleid. Daarom heeft hij bij brief van 22 mei 2017, op grond van artikel 12, vijfde lid, van de verzekeringsvoorwaarden, aan verzoeker de volgende maatregelen opgelegd:
- de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden beëindigd;
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het interne Incidentenregister;
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het EVR;
 - het dossier wordt aangemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars;
 - de ziektekostenverzekeraar vordert een bedrag van € 750,- aan onderzoekskosten van verzoeker;
 - de ziektekostenverzekeraar doet aangifte van de geconstateerde fraude.
- 5.6. Verzoeker heeft nadien aangevoerd dat het rekeningnummer dat op het betaalbewijs staat vermeld niet op zijn naam staat. De ziektekostenverzekeraar heeft hiernaar geen navraag gedaan. In de door verzoeker overgelegde stukken staat dat het om het rekeningnummer van zijn echtgenote gaat. In januari 2017 was dit voor verzoeker echter geen belemmering om een afschrift van het betaalbewijs over te leggen. Waarom hij in een latere fase van de procedure het punt van haar privacy inbrengt, is de ziektekostenverzekeraar dan ook niet duidelijk en leidt slechts af van de kern van het geschil, namelijk dat verzoeker een transactiebewijs heeft overgelegd waarvan is komen vast te staan dat dit is gemanipuleerd.
- 5.7. Op grond van artikel 9.4 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek blijft het melden aan betrokkene dat een persoonlijk onderzoek wordt ingesteld achterwege indien dit noodzakelijk is in het belang van één of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a tot en met e van de Wet bescherming persoonsgegevens. In dit artikel wordt onder b onder meer de volgende uitsluitreden vermeld: "de voorkoming, opsporing en vervolging van strafbare feiten". De ziektekostenverzekeraar is in de eerste plaats van mening dat in het onderhavige dossier geen sprake is geweest van een persoonlijk onderzoek. De enkele navraag bij de bank maakt niet dat inbreuk is gemaakt op de persoonlijke levenssfeer van verzoeker. In de tweede plaats beroept de

ziektekostenverzekeraar zich - zo al kan worden gesproken van een persoonlijk onderzoek - op voormelde uitsluitreden.

- 5.8. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 april 2018 verklaard nog geen aangifte te hebben gedaan, in afwachting van de uitkomst van het onderhavige geschil.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij aanvankelijk niet aan fraude heeft gedacht. De insteek was dat er iets was misgegaan met de betaling. Dit gebeurt meerdere keren per dag, dus uitzonderlijk was het niet. In dergelijke situaties wordt door de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de betreffende bank om navraag te doen. In het geval van verzoeker kwam de bank later met de mededeling dat het bankafschrift van € 56,63 is vervalst. Pas toen is de ziektekostenverzekeraar een fraudeonderzoek gestart en is verzoeker hiervan op de hoogte gebracht. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat in deze kwestie hoor en wederhoor correct zijn toegepast. Daarnaast gevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de registratie in het EVR nog niet heeft plaatsgevonden. Indien de commissie van oordeel is dat geen sprake is van fraude moet deze verregaande maatregel immers worden teruggedraaid. Omdat nog niet is geregistreerd, heeft de ziektekostenverzekeraar de termijn van de registratie nog niet vastgesteld. Ter zake van de gevorderde onderzoekskosten merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij zeer veel kosten heeft gemaakt voor het onderzoek. Het gevorderde bedrag van € 750,- is daarom alleszins redelijk. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat voor hem vaststaat dat het betalingsbewijs is vervalst. Mensen doen weliswaar domme dingen in hun leven, maar kunnen berouw tonen. Bij verzoeker blijkt hiervan echter niet. Het gevaar van recidive ligt dan ook op de loer. De verklaringen die de ziektekostenverzekeraar tijdens de hoorzitting van verzoeker heeft gehoord zijn niet anders te benoemen dan als "evidente onzin".
- 5.10. Bij brief van 29 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat de onderzoekskosten die door hem zijn gemaakt totaal € 2.737,50 bedragen. Een specificatie van de betreffende kosten heeft de ziektekostenverzekeraar meegezonden. De ziektekostenverzekeraar vordert ter zake € 750,- van verzoeker. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij, in afwijking van hetgeen door hem ter zitting is verklaard, de persoonsgegevens van verzoeker al heeft opgenomen in het EVR, en dat voor de duur van acht jaren.
- 5.11. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het door de ziektekostenverzekeraar registreren van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister, de opname van zijn gegevens in het EVR, en de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, alsmede het vorderen van de onderzoekskosten van € 750,-.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. In artikel 1 van de zorgverzekering is het begrip fraude als volgt gedefinieerd:

"Het bij de totstandkoming en/of uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat en/of het verkrijgen van een verzekeringsdekking."

8.3. Artikel 6, vierde lid, van de zorgverzekering bepaalt dat de zorgverzekering mag worden beëindigd in geval van onrechtmatig handelen en luidt:

"Onder bepaalde omstandigheden zouden wij, als deze omstandigheden eerder bekend waren geweest, geen zorgverzekering hebben gesloten. Deze omstandigheden doen zich voor indien een verzekerde zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging.

Wij hebben in die situaties het recht om zowel de aanvullende zorgverzekering als de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen. Tevens zullen wij de onderzoekskosten op de verzekerde verhalen."

8.4. In artikel 11, vierde lid, van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag de persoonsgegevens van de verzekerde, conform de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, kan vastleggen in het Extern Verwijzingsregister.

8.5. In artikel 12, vijfde lid, van de zorgverzekering is ter zake van fraude het volgende bepaald:

"U bent verplicht ons alle relevante en juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, valse of misleidende stukken of doet u een onware opgave met betrekking tot uw ingediende declaratie of heeft u anderszins gehandeld met het opzet ons te benadelen dan:

a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;

b. zullen wij een onderzoek (laten) instellen om ons vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek gaan wij niet over tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s);

c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;

d. hebben wij bij vastgestelde fraude en/of misleiding het recht de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;

e. zullen wij intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij de politie;

f. zullen wij gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert."

8.6. In artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het begrip fraude als volgt omschreven:

"Het opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst betrokken personen en organisaties en gericht op het verkrijgen van

een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen."

- 8.7. In artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is ter zake van fraude het volgende bepaald:

"De Verzekeringnemer is verplicht de Verzekeraar alle relevante en juiste informatie te geven. Indien de Verzekeringnemer een verkeerde voorstelling van zaken geeft, valse of misleidende stukken overlegt of een onware opgave doet met betrekking tot de ingediende declaratie of anderszins heeft gehandeld met het opzet de Verzekeraar te benadelen dan:

a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
b. zal de Verzekeraar een onderzoek (laten) instellen om het vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen.

Gedurende dit onderzoek gaat de Verzekeraar niet over tot uitbetaling van de vergoeding van de declaratie(s);

c. vordert de Verzekeraar reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de Fraude terug;

d. heeft de Verzekeraar bij vastgestelde Fraude en/of misleiding het recht de Verzekering met onmiddellijke ingang te beëindigen;

e. zal de Verzekeraar de vastgestelde Fraude intern registreren, deze inschrijven in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen (Fraude Informatie Systeem Holland) en zo nodig aangifte doen bij Justitie;

f. zal de Verzekeraar gedurende vijf jaar geen nieuwe Zorgverzekering en/of Verzekering met de Verzekeringnemer sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens de Verzekeringnemer de genoemde handelingen uitvoert, zoals een Verzekerde of een derde."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Het vijfde lid is ingevolge artikel 7:943, tweede lid, BW van dwingend recht, en hiervan kan derhalve niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.

- 9.2. Gezien de verstrekkende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziektekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (EVR), melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.

- 9.3. In artikel 1 van de zorgverzekering is het volgende bepaald: *"Het bij de totstandkoming en/of uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat en/of het verkrijgen van een verzekeringsdekking."*

Het hier gestelde kan naar het oordeel van de commissie worden vereenzelvigd met het in artikel 7:941, vijfde lid, BW geformuleerde *"opzet de verzekeraar te misleiden"*.

- 9.4. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen en – bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de

omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de verzekeraar op het verkeerde been te zetten.

9.5. In dit verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang. Onweersproken is dat verzoeker op enig moment een bedrag van € 56,63 verschuldigd was aan de ziektekostenverzekeraar ter zake van het eigen risico 2016 en dat de ziektekostenverzekeraar hem hiervoor een nota heeft gestuurd. Nadat aan verzoeker een betalingsherinnering was gezonden, heeft hij op 23 januari 2017 via MijnDSW aan de ziektekostenverzekeraar een betalingsbewijs doen toekomen. Bovenaan dit betalingsbewijs staat "Bij en Afschrijving" en "Transactiedetails". Het betreft de transactiedatum 20 december 2016.

Voorts is gebleken dat het bedrag van € 56,63 niet op of omstreeks 20 december 2016 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. Dat geen betaling heeft plaatsgevonden, is door verzoeker op 8 april 2017 erkend, en door hem is op dezelfde datum voornoemd bedrag alsnog overgemaakt aan de ziektekostenverzekeraar.

9.6. De ziektekostenverzekeraar is bij het onderzoeken van mogelijke fraudegevallen gebonden aan de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek van het Verbond van Verzekeraars. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar voornoemde gedragscode heeft geschonden door een persoonlijk onderzoek te starten zonder hem hierover in te lichten. Volgens de ziektekostenverzekeraar is daarentegen geen sprake geweest van een persoonlijk onderzoek, terwijl - indien dit wel het geval zou zijn - een uitsluitreden van toepassing is. Schending van de gedragscode is daarom niet aan de orde.

9.7. In de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek wordt een feitenonderzoek als volgt gedefinieerd: *"Het onderzoek dat wordt ingesteld naar de feiten, omstandigheden en gedragingen van betrokkene die nodig zijn voor de beoordeling van een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, schademelding of andere aanspraak op uitkering of prestatie."* De definitie van een persoonlijk onderzoek luidt: *"Het onderzoek, volgend op een feitenonderzoek, naar gedragingen van betrokkene waarbij bijzondere onderzoeksmethoden en of bijzondere onderzoeksmiddelen worden gebruikt, dat inbreuk maakt of kan maken op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene."*

Gezien de toelichting van de ziektekostenverzekeraar ter zitting, dat op het moment van het informeren bij de bank het louter ging om de navraag of de betaling was afgeschreven nu de ziektekostenverzekeraar niets had ontvangen, is de commissie van oordeel dat destijds nog sprake was van een feitenonderzoek en niet van een persoonlijk onderzoek. Mede door de opstelling van verzoeker - die immers de stelling had betrokken dat de betaling was uitgevoerd en hiervan bewijs had overgelegd - mocht de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaan dat het bedrag van € 56,63 wellicht verkeerd was geboekt en heeft hij terecht geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat fraude aan de orde was. Dat het anders was, bleek pas door de mededeling van de bank dat het betalingsbewijs was gemanipuleerd. Op dat moment is verzoeker op de hoogte gebracht van de start van het persoonlijk onderzoek, een en ander in overeenstemming met de Gedragscode. De vraag of een uitsluitreden van toepassing is, behoeft onder deze omstandigheden geen beantwoording. Of de verstrekking van (financiële) gegevens door de bank mogelijk in strijd is met de geldende privacywetgeving vormt geen onderwerp van het onderhavige geschil. Ook indien hiervan sprake zou zijn, kan dit overigens niet leiden tot een andere uitkomst, aangezien de Gedragscode het gebruik van eventueel onrechtmatig verkregen bewijsmateriaal niet sanctioneert.

9.8. Verzoeker heeft ter verklaring aangevoerd dat hij de betaling destijds weliswaar heeft verricht, maar dat deze een paar dagen later door de bank werd teruggestort. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat op het door verzoeker toegestuurde betaalbewijs staat vermeld dat het een uitgevoerde transactie betreft. Van terugstorting enkele dagen later kan daarom geen sprake zijn. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar drie punten genoemd die opvallen aan voornoemd betaalbewijs.

Ten aanzien van de vermelding van "DSW Verzekeringen" in plaats van "DSW Zorgverzekeraar" overweegt de commissie dat dit door betrokkene zelf kan worden ingevuld bij de overschrijving. Dit leidt niet tot een vermoeden van fraude. Hierbij merkt de commissie op dat ook op het betaalbewijs

van 8 april 2017 van een andere bank, waarvan vaststaat dat deze betaling door verzoeker is verricht, "DSW Verzekeringen" staat vermeld.

De commissie stelt verder vast dat op het betalingsbewijs inderdaad "B 56,63" staat - zoals aangevoerd door de ziektekostenverzekeraar - in plaats van "€ 56,63". Ook de door de ziektekostenverzekeraar genoemde spaties zijn zichtbaar op het betaalbewijs. Verzoeker heeft voor genoemde afwijkingen geen afdoende verklaring gegeven.

Daarnaast staat vast dat op 20 december 2016 geen betaling van € 56,63 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, terwijl volgens het door verzoeker overgelegde betaalbewijs de transactie was uitgevoerd. Ook van de door hem gestelde terugstorting heeft verzoeker geen bewijs aangeleverd, hoewel dit in de rede zou liggen.

Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat verzoeker een gemanipuleerd betalingsbewijs aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden teneinde aan te tonen dat het verschuldigde bedrag van € 56,63 op 20 december 2016 aan de ziektekostenverzekeraar werd voldaan. Dit is aan te merken als fraude zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.

Registratie EVR

- 9.9. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar een verzekerde die zich aan fraude schuldig heeft gemaakt registreren in zowel het interne Incidentenregister als het EVR. Hoewel de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij verzoeker nog niet heeft geregistreerd in het EVR, heeft hij bij brief van 29 juni 2018 de commissie bericht dat de persoonsgegevens van verzoeker voor de duur van acht jaren hierin zijn opgenomen. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat opname van persoonsgegevens in het EVR slechts gerechtvaardigd is indien zij in overeenstemming is met de destijds geldende Wet Bescherming Persoonsgegevens (thans de Algemene Verordening Gegevensbescherming) en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: het Protocol). Artikel 5.2.1., onder a en b, van het Protocol bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Het moet gaan om gedragingen van de betrokkene die een bedreiging vormen, vormen en kunnen vormen voor de (financiële) belangen van een financiële instelling, alsmede voor de continuïteit en integriteit van de financiële sector. De strafrechtelijke aard van de te verwerken gegevens brengt mee dat deze gegevens in voldoende mate moeten vaststaan. Indien wordt vastgesteld dat sprake is van fraude staat het de verzekeraar op grond van artikel 8, onder f, Wpb, thans artikel 6, onder f, AVG, en artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol vrij de persoonsgegevens op te nemen in het EVR. De commissie overweegt dat ingevolge artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol de verzekeraar bij de registratie van persoonsgegevens in het EVR het zogenoemde proportionaliteitsbeginsel in acht dient te nemen. Dat wil zeggen dat het belang van verzekeraar bij registratie moet worden afgewogen tegen de nadelige gevolgen daarvan voor de consument. Daarnaast dient de betrokkene die verwijdering van een registratie wenst te onderbouwen op grond waarvan hij disproportioneel wordt geraakt in zijn belangen en waarom zijn belang prevaleert boven dat van verzekeraar. De commissie stelt vast dat verzoeker in dit verband enkel heeft aangevoerd dat hij disproportioneel is geraakt door de registratie. Een onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker niet gegeven. Gelet op het feit dat de commissie hiervoor onder 9.8 tot het oordeel is gekomen dat in de onderhavige situatie gesproken kan worden van fraude en verzoeker zijn stelling niet heeft onderbouwd, mocht de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoeker opnemen in beide registers. Naast de vraag óf de persoonsgegevens van verzoeker mochten worden geregistreerd, dient in het kader van de vraag voor welke duur registratie hiervan mag plaatsvinden eveneens de proportionaliteit te worden getoetst.
- 9.10. Als gezegd heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 juni 2018 verklaard dat hij de persoonsgegevens van verzoeker voor de duur van acht jaren heeft geregistreerd in het EVR. In reactie hierop heeft verzoeker betoogd dat de duur van deze registratie buitenproportioneel is. Uit verschillende uitspraken van het Kifid (onder andere nr. 2018-389) blijkt dat sommige verzekeraars voor de beantwoording van de vraag welke periode van registratie proportioneel is, werken met een zogenoemde proportionaliteitsmatrix van feiten en omstandigheden die in een voorliggend geval een rol spelen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in deze procedure niet op een dergelijke

matrix beroepen. Niet gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de opgelegde periode van registratie heeft getoetst aan het vereiste van proportionaliteit. De commissie overweegt dat voor de bepaling van de duur van de registratie verzwarende en verlichtende omstandigheden van belang zijn. Als verzwarende omstandigheden worden aangemerkt dat verzoeker ook na confrontatie met het bewijs van de fraude deze blijft ontkennen en geen inzicht toont in de ernst en omvang van zijn gedragingen. Als verlichtende omstandigheden neemt de commissie in aanmerking dat de fraude een relatief klein bedrag betreft, dat nadien door verzoeker alsnog is betaald, en dat de ziektekostenverzekeraar zonder kennisgeving verzoeker heeft geregistreerd voor de maximale duur van acht jaren. Gelet hierop bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker voor de duur van vier jaren mag registreren in het Incidentenregister en het EVR.

Onderzoekskosten

- 9.11. Verzoeker heeft gesteld dat hij het "*boetebedrag*" niet in verhouding vindt staan tot het bedrag waarop dit geschil betrekking heeft. In het onderhavige geval is aan verzoeker evenwel geen boete opgelegd. De commissie neemt daarom aan dat verzoeker hiermee de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten bedoelt. Door de ziektekostenverzekeraar is na afloop van de hoorzitting een specificatie overgelegd waaruit blijkt dat hij een bedrag van totaal € 2.737,50 aan kosten heeft gemaakt. Verder is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij dit bedrag niet volledig bij verzoeker in rekening zal brengen, maar enkel een bedrag van € 750,-. Verzoeker heeft de overgelegde specificatie niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie van oordeel is dat de ziektekostenverzekeraar aannemelijk heeft gemaakt dat de onderzoekskosten ten minste € 750,- bedragen. Het is dan ook terecht dat de ziektekostenverzekeraar betaling van dit bedrag door verzoeker vordert.

Conclusie

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen voor zover het betreft de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker en de van hem gevorderde onderzoekskosten ten bedrage van € 750,-.
Voor zover het verzoek betrekking heeft op de duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het Incidentenregister en het EVR wordt het gedeeltelijk toegewezen, in die zin dat deze wordt beperkt tot vier jaren.
- 9.13. Hoewel het verzoek deels wordt toegewezen, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat het betaalde entreegeld voor rekening van verzoeker blijft.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie:
- bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar de registratie van verzoeker in het Incidentenregister en het EVR ten hoogste zal handhaven gedurende vier jaren, te rekenen vanaf 22 mei 2017;
 - bepaalt dat verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar ter zake van de door deze gemaakte onderzoekskosten een bedrag van € 750,- dient te voldoen;
 - bepaalt dat het entreegeld voor rekening van verzoeker blijft;
 - wijst af hetgeen verzoeker meer of anders heeft gevorderd.

Zeist, 19 september 2018,

G.R.J. de Groot