

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F en G te H

Zaak : Veronderstelde fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij de Stichting CIS te Zeist, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekeringen, vordering onderzoekskosten, buitenland, declaraties, tandheelkunde

Zaaknummer : 2012.00819

Zittingsdatum : 20 februari 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

1) E te F, en

2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en Beter Af Tandarts Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft op 12 augustus 2010 nota's ten bedrage van 2.913 Egyptische ponden (EGP) voor de aan hem verleende tandheelkundige zorg gedurende zijn verblijf in Egypte ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

3.2. Op 4 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de betreffende declaraties zijn afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoeker met zijn declaraties een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven. Dit heeft tot gevolg dat de betreffende nota's niet worden vergoed en zijn aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd met ingang van 1 december 2011. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en worden deze geregistreerd bij de Stichting CIS te Zeist. Tevens wordt een bedrag van € 1.238,64 voor gemaakte onderzoekskosten op verzoeker (en zijn echtgenote) verhaald.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 6 september 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog moet vergoeden, de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 december 2011 moet herstellen, dat hij dient af te zien van het vorderen van de door hem gemaakte onderzoekskosten, en dat de registraties in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en bij de Stichting CIS te Zeist ongedaan gemaakt moeten worden (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 27 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 februari 2013 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker heeft op 18 februari 2013 – vooruitlopend op de hoorzitting – zijn pleitnota en enkele aanvullende stukken per e-mail aan de commissie doen toekomen. Afschriften hiervan zijn op 19 februari 2013 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 20 februari 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
- 3.11. Verzoeker heeft op 21 februari 2013 – zoals door hem was toegezegd tijdens voornoemde hoorzitting – het volledige bankafschrift van 13 augustus 2010 aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 25 februari 2013 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker is met zijn echtgenote en zijn dochter vanaf 14 juli 2010 op vakantie geweest in Egypte. Op 15 juli 2010 zijn zij 's avonds – ten gevolge van de slechte verlichting en het slechte wegdek – tegen een muur gereden. Hierbij is verzoeker met zijn gezicht tegen het dashboard gekomen, waardoor van zes tanden stukjes zijn afgebroken. Ook zijn gezinsleden zijn gewond geraakt. Verzoeker en zijn gezinsleden zijn direct naar een arts/apotheek in de buurt gegaan, omdat het in Egypte niet gebruikelijk is meteen naar de eerste hulp te gaan. De dag daarna heeft verzoeker een tandarts bezocht.
 - 4.2. De arts/apotheker tot wie verzoeker zich na het ongeval heeft gewend, heeft op 2 juni 2012 schriftelijk verklaard dat hij verzoeker en diens gezinsleden op 15 juli 2010 heeft behandeld vanwege de gevolgen van voornoemd ongeval. Bij verzoeker was sprake van een groot aantal gebroken dan wel ontbrekende tanden, duizeligheid, een lichte

hersenschudding en een bloedende mond. De arts/apotheker heeft het bloeden gestopt en de wonden schoongemaakt. Ook heeft hij pijnstillers, injecties en anti-zwellingmiddelen toegediend.

- 4.3. De behandelend tandarts heeft op 19 augustus 2012 verklaard dat verzoeker zich op 16 juli 2010 tot hem heeft gewend vanwege de gevolgen van een auto-ongeluk op 15 juli 2010. Alle tandheelkundige problemen en klachten waren het gevolg van voornoemd auto-ongeluk. Bij verzoeker was sprake van: *“Fracture of incisal angels of the lower anterior teeth, which lead to spacing malocclusion. And acute pain. And other complications mentioned in the report”*. De tandarts heeft tegenover de ziektekostenverzekeraar evenwel een andere verklaring afgelegd, omdat hij vreesde voor sancties. Overigens wordt in die – foutieve – verklaring van de tandarts vermeld dat hij op 25 juni 2010 voor het eerst contact heeft gehad met verzoeker. Verzoeker was toen echter nog in Nederland. Ook de bewering van de tandarts dat verzoeker hem op 3 en 15 juli 2010 heeft bezocht is onjuist. Het eerste contact heeft namelijk op 16 juli 2010 plaatsgevonden. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, heeft de tandarts in zijn verklaring niet geschreven dat sprake was van chronische klachten. Integendeel, de tandarts heeft verklaard dat bij verzoeker zes tanden ontbraken.
- 4.4. Ten aanzien van de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de Nederlandse tandarts van verzoeker niet op de hoogte was van het auto-ongeluk in Egypte en dat vóór vertrek al sprake was van veel ruimte tussen de ondertanden, is verzoeker van mening dat dit alles niet relevant is. Het is hem niet duidelijk wat hiermee wordt aangehouden. Daarenboven blijkt uit het medische dossier van verzoeker niet dat sprake is van chronische klachten. Het is voor verzoeker dan ook niet duidelijk waarop dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar is gebaseerd.
- 4.5. De autoverhuurster heeft op 16 december 2011 schriftelijk verklaard dat verzoeker haar auto heeft gehuurd voor de periode van 14 juli tot en met 4 augustus 2010. Op 15 juli 2010 heeft verzoeker met zijn gezin een auto-ongeluk gehad, waardoor de auto zwaar beschadigd raakte. Aangezien er geen derden bij betrokken waren en verzoeker had toegezegd € 1.000,- over te maken na zijn terugkeer in Nederland, is geen aangifte gedaan van het ongeval. Voornoemd bedrag is op 19 augustus 2011 door verzoeker overgemaakt.
- 4.6. De autoverhuurster heeft op 20 december 2011 echter alsnog aangifte gedaan van het ongeval. Verzoeker heeft twee vertalingen van deze aangifte in de procedure gebracht, een Engelstalige en een Nederlandstalige. De autoverhuurster heeft bij haar aangifte verklaard dat verzoeker haar auto heeft gehuurd voor de periode van 3 juli tot en met 3 augustus 2010. Op 15 juli 2010 is schade ontstaan doordat verzoeker met de auto tegen een andere auto was gereden. In de Engelstalige vertaling staat vermeld dat de aangifte pas zo laat werd ingediend, omdat pas op 19 december 2011 bleek dat ook de koppeling was beschadigd door het ongeval. De schade hierdoor bedraagt 5.000 EGP. Op 21 december 2011 heeft verzoeker, in aanvulling op voornoemde aangifte, verklaard dat de auto tegen een muur was gereden.
- 4.7. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij aanvankelijk van plan was van 3 juli tot 3 augustus 2010 op vakantie te gaan in Egypte. Daarom werd de huurauto voor deze periode gehuurd. Door onvoorziene omstandigheden kon verzoeker echter pas op 14 juli 2010 naar Egypte vertrekken. De periode van 3 tot 14 juli is door de verhuur-

ster verrekend met de aanbetsaling van de huursom van de auto. Er bestaan twee versies van de aangifte, namelijk "één gedateerd 20 december 2011 en één gedateerd 21 december 2012". Na afgifte van het eerste exemplaar ontdekte de eigenaresse van de auto dat de verbalisant een vergissing had gemaakt, te weten dat de auto tegen een andere auto was gereden in plaats van tegen een muur. Hierop heeft de verbalisant de omissie hersteld.

- 4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het fraudeonderzoek door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is geweest. Weliswaar kan de onderhavige kwestie inconsistent overkomen, omdat er meerdere verklaringen zijn die op onderdelen (veelal details) niet volledig met elkaar in overeenstemming zijn, maar het is onjuist hieruit te concluderen dat sprake is van fraude. Het in het kader van het onderzoek met verzoeker en zijn echtgenote gevoerde gesprek heeft plaatsgevonden zonder dat zij ervan op de hoogte zijn gebracht wat het doel van dit gesprek was. Daarboven is van dit gesprek geen officieel verslag gemaakt. Het handgeschreven verslag dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure heeft gebracht, is niet eerder aan verzoeker beschikbaar gesteld en is niet door hem geaccordeerd. Dit klemte te meer omdat de ziektekostenverzekeraar zich beroept op verschillende zaken die tijdens dit gesprek door verzoeker zouden zijn verklaard. Zo zou hij volgens de ziektekostenverzekeraar hebben verklaard dat hij tien jaar niet bij een Nederlandse tandarts is geweest, terwijl verzoeker heeft gezegd dat hij gedurende tien jaar geen chronische klachten heeft gehad.
- Ook zijn de data die worden vermeld in de verklaring van de tandarts (afgegeven in het kader van het onderzoek) onjuist. Op die data was verzoeker nog niet in Egypte. Bovendien heeft de betreffende tandarts tegenover verzoeker verklaard dat deze verklaring niet door hem maar door een stagiair is ingevuld. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar eerst één jaar na het ongeval vragen gaan stellen, waardoor de beantwoording hiervan bemoeilijkt is. Ook al omdat een en ander in Egypte heeft plaatsgevonden.
- 4.9. De aanvragen voor orthodontie uit 2007, 2008 en 2009 zijn in de onderhavige zaak niet relevant. Verzoeker benadrukt dat er geen bewijs is dat hij in Egypte is behandeld in verband met chronische klachten.
- 4.10. Verzoeker had de auto destijds gehuurd. De auto was dus niet geleend van een familielid. Dat de verhuurster pas op 30 december 2011 aangifte heeft gedaan – omdat nadere gebreken aan de auto waren geconstateerd – ligt buiten de invloedssfeer van verzoeker.
- 4.11. Desgevraagd vertelt verzoeker dat hij in 2010 frontaal op een muur is gereden. Hij had hierdoor een lichte hersenschudding en schade aan zijn gebit. Een apotheker heeft hem en zijn gezinsleden meegenomen en de wonden schoongemaakt en verzorgd. De apotheker heeft een ambulance gebeld, die anderhalf uur later arriveerde. Het ambulancepersoneel heeft evenwel geen zorg verleend. Voor de ambulance zijn geen kosten in rekening gebracht. Door het ongeval waren diverse tanden (kronen) van verzoeker afgebroken. Als gevolg hiervan moesten de wortels worden verwijderd. Verzoeker benadrukt dat hij niet meer kon praten of eten, daarom moest hij behandeld worden. Verzoeker weet niet precies welke behandeling aan zijn tanden heeft plaatsgevonden.

- 4.12. Uit het bankafschrift van 13 september 2010 blijkt dat verzoeker op 19 augustus 2010 een bedrag van € 1.000,- aan de verhuurster van de auto heeft betaald onder vermelding van "Compensation Car accident".
- 4.13. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft op 27 juni 2007 een aanvraag ingediend voor orthodontische hulp in bijzondere gevallen. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Ook de herhaalde aanvraag van 12 februari 2008 is afgewezen. Op 21 februari 2009 heeft verzoeker voor de derde keer een aanvraag ingediend voor orthodontie. Bij deze aanvraag is vermeld dat de orthodontische behandeling dient plaats te vinden voordat implantaten kunnen worden geplaatst. Ook deze aanvraag is afgewezen.
- 5.2. In augustus 2009 heeft verzoeker nota's gedeclareerd voor tandartskosten, gemaakt tijdens zijn vakantie in Egypte. Op het ingevulde declaratieformulier is door verzoeker melding gemaakt van een 'ongeval in een pretpark'. Deze kosten zijn ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed.
- 5.3. Op 13 april 2010 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. In dit gesprek is de vergoeding van de tandartskosten in verband met implantaten besproken.
- 5.4. De echtgenote van verzoeker heeft op 14 juli 2010 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft hierbij gevraagd welk bedrag aan tandartskosten zij nog kon besteden ten laste van haar aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.5. Na terugkeer uit Egypte heeft verzoeker met het Declaratieformulier Zorgkosten Buitenland diverse nota's voor zorg, verleend tijdens zijn vakantie in Egypte, ingediend. Op dit declaratieformulier wordt melding gemaakt van een ongeluk in Caïro als gevolg waarvan zorgkosten zijn gemaakt. Naar aanleiding van deze declaratie is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart naar de rechtmatigheid. Hiertoe is verzoeker op 24 september 2010 een toelichtingsformulier gezonden met het verzoek dit ingevuld en ondertekend te retourneren. Op het geretourneerde formulier heeft verzoeker vermeld dat de gedeclareerde zorgkosten het gevolg zijn van een auto-ongeluk op 15 juli 2010, waarbij hij tegen een muur is gereden. Hiervan is geen proces-verbaal opgemaakt. Verzoeker heeft verklaard dat hij in verband met het ongeluk de volgende behandelingen heeft ondergaan: consultatie, tanden plaatsen, schoonmaken en behandelen van zwelling.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens onderzoek ter plaatse laten uitvoeren. In het kader hiervan is gesproken met de betreffende tandarts. Deze heeft verklaard dat hij destijds bij verzoeker de diagnose "*mastication problem*" had gesteld. Hierbij hebben de volgende behandelingen plaatsgevonden: "*X-ray scan, bridge and curetage*". Deze tandarts heeft vervolgens een vragenlijst ingevuld en ondertekend. Hierop heeft hij verklaard dat verzoeker last had van functionele kauwproblemen en spacing. Bij hem ontbraken de twee centrale ondersnijtanden en element 6 in de bovenkaak. Er heeft een consultatie plaatsgevonden en vervolgens is een brug van zes delen in zirkonium geplaatst en is tandsteen verwijderd. De betreffende tandarts heeft niet gesproken over spoedeisende tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval.

- 5.7. Op 2 september 2011 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar enerzijds en verzoeker en zijn echtgenote anderzijds. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker verklaard dat hij destijds met een snelheid van ongeveer 50 km per uur tegen een muur is gereden. Verzoeker en zijn gezinsleden droegen geen autogordel. De voorkant van de auto was naar voren geschoven, maar de voorruit was heel gebleven. Verzoeker en zijn gezinsleden zijn niet naar een dokter geweest, maar zijn de dag na het ongeval wel naar een tandarts gegaan. Verzoeker heeft verklaard al tien jaar niet bij een tandarts in Nederland te zijn geweest en dat hij nooit een behandeling heeft gehad.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop informatie opgevraagd bij de Nederlandse tandarts van verzoeker. Uit diens ingezonden verklaring blijkt de Nederlandse tandarts niet op de hoogte te zijn dat verzoeker zowel in 2009 als in 2010 in Egypte een ongeval heeft gehad, waarbij spoedeisende tandheelkundige zorg zou zijn ingeroepen. Wel was de tandarts bekend dat verzoeker in 2010 in het buitenland een plastische kroon tussen de 31 en de 41 heeft laten plaatsen.
- 5.9. Enig bewijs voor het gestelde ongeval is door verzoeker nooit geleverd. Hij heeft bijvoorbeeld geen foto's overgelegd, waarop de schade aan de auto zichtbaar is. De aangiftes van 21 en 30 december 2011 (op de vertaling uit het Arabisch staat overigens 20 december 2011 vermeld) kunnen niet leiden tot bewijs van het ongeval, omdat deze anderhalf jaar na het ongeval zijn opgemaakt. Het is zeer onwaarschijnlijk dat de gestelde schade aan de koppeling van de auto pas na anderhalf jaar wordt opgemerkt. Daarbij komt dat in de aangifte van 30 december 2011 is vermeld dat de schade zou zijn veroorzaakt door een botsing met een andere auto in plaats van met een muur. Bovendien zijn de aangiftes gedaan door een familielid van verzoeker. De verklaring van de eigenaresse van de betreffende auto van 16 december 2011, waarin wordt gesteld dat verzoeker op 19 augustus 2011 een bedrag van € 1.000,- aan haar heeft overgemaakt, levert geen bewijs op van de schade aan haar auto als gevolg van een ongeval op 15 juli 2010, waarvoor verzoeker aansprakelijk zou zijn. Ook is geen bewijs overgelegd van het daadwerkelijk overmaken van voornoemd bedrag. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar verder dat de 'schade' pas een jaar later zou zijn betaald. De ziektekostenverzekeraar neemt niet aan dat de eigenaresse haar auto pas een jaar later heeft laten repareren of dat zij genoeg heeft genomen met een betaling één jaar later.
- 5.10. Thans wordt gesteld dat sprake zou zijn geweest van een huurauto. Verzoeker heeft evenwel tijdens het gesprek van 2 september 2011 verklaard dat hij de auto had geleend van zijn zus. De ziektekostenverzekeraar is daarom van oordeel dat geen sprake is geweest van een huurauto. Verzoeker heeft hiervan bovendien geen bewijs overgelegd.
- 5.11. Gezien het door verzoeker gestelde ongeval, de schade die aan de auto zou zijn ontstaan, en de gestelde snelheid waarmee het ongeval zou hebben plaatsgevonden (50 km per uur), lag het in de rede dat verzoeker en zijn gezinsleden zich onder behandeling zouden hebben gesteld van de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Dit om in ieder geval verder in- en uitwendig trauma aan het gezicht uit te sluiten. Verzoeker en zijn gezinsleden hebben dit evenwel nagelaten en zijn pas de volgende dag naar een tandarts gegaan.

- 5.12. Het lijkt de ziektekostenverzekeraar niet geloofwaardig dat de behandelend tandarts naderhand aan verzoeker heeft toegegeven dat hij een foutieve verklaring heeft afgegeven. Tussen de ziektekostenverzekeraar en de behandelend tandarts bestaat geen contractuele relatie. Dat de betreffende – Egyptische – tandarts vreesde voor sancties van de – Nederlandse – ziektekostenverzekeraar is zeer ongeloofwaardig.
- 5.13. Verzoeker heeft een verklaring van de heer K. El Sayewd Ahmed van 2 juni 2012 overgelegd. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend wie deze “*doctor/pharmacist*” is, aangezien verzoeker apotheknota’s heeft ingediend die van een andere apotheker (die ook op een ander adres is gevestigd) afkomstig zijn. Daarbij wordt in deze verklaring gesteld dat “*the glass of the windshield totally fragmented upon them*”, terwijl verzoeker heeft verklaard dat de voorruit heel was gebleven.
- 5.14. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van het voorgaande geconcludeerd dat geen sprake is geweest van spoedeisende tandheelkundige zorg na een ongeval, maar van reguliere tandheelkundige zorg ter behandeling van reeds bestaande klachten, al dan niet chronisch van aard. Doordat verzoeker vasthoudt aan de ongeloofwaardige en inconsistente verklaringen, kan de ziektekostenverzekeraar geen andere conclusie trekken dan dat verzoeker met dit handelen de opzet heeft gehad een misleidende voorstelling van zaken te geven met geen ander doel dan een financieel voordeel te behalen waarop geen recht bestaat.
- 5.15. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoeker met de inconsistente verklaringen met betrekking tot het ongeval opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven om een uitkering te kunnen claimen. Er is geen sprake geweest van spoedeisende maar van reguliere tandheelkundige zorg.
- 5.16. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de eigenaresse van de auto pas aangifte heeft gedaan van het ongeval nadat de ziektekostenverzekeraar verzoeker had medegedeeld wat de uitkomst en consequenties van het onderzoek waren.
- 5.17. De verklaring van de Egyptische tandarts van 23 februari 2011 is door de tandarts zelf ondertekend en niet – zoals verzoeker stelt – door een stagiair.
- 5.18. In het kader van het onderzoek heeft op 2 september 2011 een gesprek plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar, en verzoeker en zijn echtgenote. Normaal gesproken wordt het verslag van een dergelijk gesprek uitgewerkt. Dit is in het onderhavige geval evenwel niet gebeurd. Het verslag is echter alleen voor intern gebruik, en wordt normaal gesproken niet naar de verzekerde gezonden. Het onderzoek dat de ziektekostenverzekeraar in Egypte heeft laten uitvoeren heeft enige tijd gekost. Daarom is de ziektekostenverzekeraar pas één jaar na het indienen van de onderhavige zorgnota’s vragen gaan stellen aan verzoeker.
- 5.19. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering en de inleiding 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 niet vergoeden van de gedeclareerde kosten, het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 december 2011, de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en bij de Stichting CIS te Zeist, en het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoeker.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en deze bepaling luidt:

*“18.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
18.2 Elk uit deze zorgverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.*

18.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;*
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;*
- c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;*
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.”*

- 8.3. In de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering ook van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 8.4. In artikel 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de begripsbepalingen van deze verzekering vastgesteld, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“In de aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen wordt verstaan onder:
Aanvullende verzekering
De aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen op de Beter Af Polis.
(...)”*

- 8.5. In artikel 25 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“25.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van de Beter Af Polis aanspraak hebben op spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Voorwaarden

De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de Beter Af Polis zouden zijn vergoed.

U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross Assistance.

Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Beter Af Tandarts Polis heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

(...)

25.2 Niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden bij ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis, zoals genoemd in artikel 1 van de Beter Af Polis, de kosten van niet gecontracteerde niet spoedeisende zorg in het buitenland. (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de veronderstelde fraude

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van artikel 18 van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 9.3. De bedoeling van artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling tevens van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering, kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 18 van de zorgverzekering gebezigde terminologie “een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.4. Het voorgaande betekent, kort gezegd, dat moet komen vast te staan dat verzoeker opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of heeft willen geven.

De bewijslast dienaangaande ligt bij de ziektekostenverzekeraar. Het ligt op diens weg om bij een vermoeden van fraude als het onderhavige hiernaar verder onderzoek te doen, dit onderzoek goed te documenteren en zijn bevindingen met bewijsstukken te onderbouwen. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang.

- 9.5. Verzoeker heeft verklaard dat hij met een door hem gehuurde auto tegen een muur is gereden, waardoor hij en zijn gezinsleden gewond zijn geraakt. Bij hem betrof het vooral schade aan het gebit. De ziektekostenverzekeraar heeft twijfels geuit waar het gaat om deze toedracht, en heeft er in dat verband onder andere op gewezen dat er geen bewijs is dat verzoeker een auto had gehuurd. Er zou een auto zijn geleend van de zus van verzoeker. Verzoeker heeft verklaard dat dit in 2009 het geval was, en dat hij in 2010 een auto had van een "leasemaatschappij". Uit het dossier blijkt niet – behoudens de verklaring van de ziektekostenverzekeraar – dat verzoeker de auto heeft geleend van zijn zus of een ander familielid. Verzoeker heeft wel een verklaring van de verhuurster van de auto in de procedure gebracht.
- 9.6. De schade aan de auto zou in eerste instantie ongeveer € 1.000,-- bedragen. Verzoeker is met de eigenaresse van de auto overeengekomen dat hij dit bedrag na terugkeer in Nederland zou betalen. Uit het door verzoeker overgelegde bankafschrift van 13 september 2010 blijkt dat verzoeker op 19 augustus 2010 inderdaad een bedrag van € 1.000,-- aan de verhuurster van de auto heeft betaald onder vermelding van "Compensation Car accident". In december 2011 heeft de verhuurster echter alsnog aangifte gedaan van het ongeval van 15 juli 2010, omdat toen was gebleken dat de auto door het ongeval ook schade aan de koppeling had opgelopen. Hierdoor zou de schade 5.000,-- EGP meer bedragen dan in eerste instantie was begroot. De betreffende aangifte(n) is/zijn door verzoeker overgelegd.
- 9.7. Verzoeker heeft bij het indienen van de nota ter zake van de door hem in Egypte genoten tandheelkundige zorg verklaard dat hij kosten heeft gemaakt voor: "consultatie, tanden plaatsen, schoonmaken en behandelen van zwelling". Uit de nota van 25 juli 2010 blijkt dat de volgende behandelingen hebben plaatsgevonden: een consult, het maken van een röntgenfoto, het plaatsen van een zesdelige brug van zirkonium, het verwijderen van tandsteen en curretage.
- 9.8. Verzoeker heeft – volgens de ziektekostenverzekeraar – tijdens het gesprek van 2 september 2011 verklaard dat hij tien jaar niet is behandeld door een Nederlandse tandarts. Verzoeker heeft ter zitting toegelicht dat hij destijds heeft verklaard dat hij gedurende tien jaar geen chronische klachten heeft gehad. Deze laatste verklaring komt overeen met de feiten, zoals deze blijken uit aanvragen die verzoeker in 2007, 2008 en 2009 heeft ingediend voor orthodontie in bijzondere gevallen en de door de ziektekostenverzekeraar bij de Nederlandse tandarts van verzoeker opgevraagde en in de procedure gebrachte informatie.
- 9.9. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzoek laten verrichten in Egypte. Hieruit is gebleken dat sprake is van meerdere inconsistenties tussen de verschillende verklaringen van onder meer verzoeker, doch dit heeft geen concrete bewijzen van fraude aan de zijde van verzoeker opgeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in het kader van het onderzoek uitgenodigd voor een gesprek om een en ander toe te lichten. Van dit gesprek is evenwel geen behoorlijk verslag gemaakt. Bovendien heeft

verzoeker – onweersproken – gesteld dat hem voorafgaand niet is duidelijk gemaakt wat het doel van dit gesprek was.

- 9.10. De commissie komt, gelet op het voorgaande, tot het oordeel dat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde feiten en omstandigheden onvoldoende zijn om daaruit de conclusie te kunnen trekken dat verzoeker opzettelijk de verzekeraar heeft willen misleiden of heeft misleid. Door de eerdere aanvragen en de geconstateerde inconsistenties heeft verzoeker weliswaar de schijn tegen, doch concreet bewijs van fraude is door de ziektekostenverzekeraar niet geleverd. Dit alles leidt tot de conclusie dat de door de ziektekostenverzekeraar, vanwege de veronderstelde fraude getroffen maatregelen, niet terecht waren en dat deze met terugwerkende kracht dienen te worden ingetrokken.

Ten aanzien van de gedeclareerde kosten

- 9.11. In artikel 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat deze gelden voor de “aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de Beter Af Polis”. In artikel 25 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland, dit wil zeggen dat sprake moet zijn van een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte, waarbij de medische zorg direct noodzakelijk is. Voorts is bepaald dat voor tandheelkundige zorg de verzekerde een Beter Af Tandarts Polis moet hebben. Voor niet spoedeisende zorg in het buitenland bestaat alleen aanspraak bij ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake.
- 9.12. Partijen verschillen van mening over de in Egypte verleende tandheelkundige zorg. De commissie zal als uitgangspunt de nota van 25 juli 2010 nemen, ervan uitgaande dat verzoeker deze nota ter declaratie heeft ingediend en dat hij de Egyptische tandarts niet zal hebben betaald voor andere behandelingen dan die daadwerkelijk zijn uitgevoerd.
- 9.13. Uit de nota blijkt niet – in tegenstelling tot hetgeen door verzoeker ter zitting is gesteld – dat kronen waren afgebroken en dat bij verzoeker wortels zijn getrokken. Deze constatering sluit niet uit dat er door het ongeluk wel schade aan het gebit was ontstaan, doch de behandeling hiervan was niet spoedeisend. Zo konden het plaatsen van de zesdelige brug en het verwijderen van tandsteen in ieder geval worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. De verklaring ter zitting van verzoeker dat hij problemen had met eten en praten, en dat om die reden een acute situatie bestond, kan niet overtuigen. Uit de eerdere aanvragen voor orthodontie in bijzondere gevallen blijkt immers dat deze problemen al langere tijd aanwezig waren. Sterker nog, deze werden ter onderbouwing in de aanvragen vermeld.
- 9.14. De commissie concludeert dat aldus niet aannemelijk is geworden dat sprake was van spoedeisende zorg als gevolg het auto-ongeluk op 15 juli 2010. Verzoeker heeft zodoende geen aanspraak op vergoeding van de in Egypte gemaakte kosten.

Conclusie

- 9.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 december 2011, de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en bij de Stichting CIS te Zeist, en het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoeker betreft. Voor zover het gaat om de vergoeding van de in Egypte gemaakte kosten van zorg, dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.16. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek deels toe, zoals bepaald in 9.15.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 20 maart 2013,

Voorzitter