

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw 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, tandheekunde

Zaaknummer : 2012.00818

Zittingsdatum : 20 februari 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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 verzoekster 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 verzoekster 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. Verzoekster heeft in augustus 2010 na haar terugkomst van vakantie in Nederland nota's ten bedrage van 6.000 Egyptische ponden (EGP) voor de aan haar verleende tandheelkundige zorg gedurende haar verblijf in Egypte ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.2. Op 4 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat de betreffende declaraties zijn afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster met haar declaratie een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven. Dit heeft tot gevolg dat de betreffende nota's niet worden vergoed en haar aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd met ingang van 1 december 2011. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoekster 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 verzoekster (en haar echtgenoot) verhaald.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 1 oktober 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog moet vergoeden, de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 december 2011 dient te herstellen, en moet afzien van het vorderen van de door hem gemaakte onderzoekskosten, en de registraties in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en bij de Stichting CIS te Zeist ongedaan maakt (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster 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 verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster 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. Verzoekster is op 20 februari 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
- 3.10. Verzoekster heeft op 21 februari 2013 – zoals namens haar 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 verzoekster
  - 4.1. Verzoekster is met haar echtgenoot en haar dochter vanaf 14 juli 2010 op vakantie geweest in Egypte. Op 15 juli 2010 zijn zij – ten gevolge van de slechte verlichting en het slechte wegdek – tegen een muur gereden. Hierbij is verzoekster met haar gezicht tegen het dashboard gekomen, waardoor van drie tanden stukjes zijn afgebroken en een bloeding is ontstaan. Ook haar gezinsleden zijn gewond geraakt. Verzoekster en haar gezinsleden zijn direct naar een apotheek in de buurt gegaan, omdat het in Egypte niet gebruikelijk is meteen naar de eerste hulp te gaan. De dag daarna heeft verzoekster een tandarts bezocht.
  - 4.2. De arts/apotheker tot wie verzoekster zich na het ongeval heeft gewend, heeft op 2 juni 2012 schriftelijk verklaard dat hij verzoekster en haar gezinsleden op 15 juli 2010 heeft behandeld vanwege de gevolgen van voornoemd ongeval. Bij verzoekster en haar gezinsleden was sprake van onder meer blauwe plekken in het gezicht, pijn op de borst en gebroken dan wel ontbrekende tanden. De arts/apotheker heeft de bloedingen 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 verzoekster 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 verzoekster was sprake van: *“Fracture of the old bridges and natural teeth supporting the bridge which lead to Exposure & acute pulpitis and other complications mentioned in my report”*.
- 4.4. De autoverhuurster heeft op 16 december 2011 schriftelijk verklaard dat de echtgenoot van verzoekster haar auto heeft gehuurd gedurende de periode van 14 juli tot en met 4 augustus 2010. Op 15 juli 2011 heeft verzoekster met haar gezin een auto-ongeluk gehad, waardoor de auto zwaar beschadigd raakte. Aangezien er geen derden bij betrokken waren en de echtgenoot van verzoekster 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 de echtgenoot van verzoekster betaald.
- 4.5. De autoverhuurster heeft op 20 december 2011 echter alsnog aangifte gedaan van het ongeval. Verzoekster heeft twee vertalingen van deze aangifte in de procedure gebracht, een Engelstalige en een Nederlandstalige. De autoverhuurster heeft bij haar aangifte verklaard dat de echtgenoot van verzoekster haar auto heeft gehuurd over de periode van 3 juli tot en met 3 augustus 2010. Op 15 juli 2010 is schade ontstaan doordat de echtgenoot van verzoekster 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 verzoekster in aanvulling op voornoemde aangifte verklaard dat de auto tegen een muur was gereden.
- 4.6. Desgevraagd heeft de echtgenoot van verzoekster verklaard dat hij aanvankelijk van plan was van 3 juli tot 3 augustus 2010 op vakantie te gaan in Egypte, daarom is de huurauto over deze periode gehuurd. Door onvoorziene omstandigheden konden verzoekster en haar gezinsleden pas op 14 juli 2010 vertrekken naar Egypte. De periode van 3 tot 14 juli is door de verhuurster verrekend met de aanbeting 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.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster 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 verzoekster en haar echtgenoot gevoerde gesprek heeft plaatsgevonden zonder dat zij ervan op de hoogte zijn gebracht wat het doel van dit gesprek was. Daarenboven is van dit gesprek geen officieel verslag gemaakt. Het handgeschreven verslag dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure heeft gebracht, is niet eerder aan verzoekster beschikbaar gesteld en is niet door haar geaccordeerd. Dit klemt te

meer omdat de ziektekostenverzekeraar zich beroept op verschillende zaken die tijdens dit gesprek door de echtgenoot van verzoekster zouden zijn verklaard. Zo zou hij volgens de ziektekostenverzekeraar hebben verklaard dat hij tien jaar niet bij een Nederlandse tandarts is geweest, terwijl de echtgenoot van verzoekster 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 de echtgenoot van verzoekster nog niet in Egypte. Bovendien heeft de betreffende tandarts tegenover de echtgenoot van verzoekster 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.

- 4.8. De echtgenoot van verzoekster 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 verzoekster.
- 4.9. Desgevraagd heeft de echtgenoot van verzoekster tijdens de hoorzitting verteld dat hij in 2010 frontaal op een muur is gereden. Een apotheker heeft verzoekster en haar 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.
- 4.10. Uit het bankafschrift van 13 september 2010 blijkt dat de echtgenoot van verzoekster op 19 augustus 2010 een bedrag van € 1.000,-- aan de verhuurster van de auto heeft betaald onder vermelding van “Compensation Car accident”.
- 4.11. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft op 14 juli 2010 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft hierbij gevraagd welk bedrag zij dat jaar nog kon besteden aan tandartskosten ten laste van haar aanvullende ziektekostenverzekering. Haar is hierop geantwoord dat dit een bedrag van maximaal € 302,30 betrof.
- 5.2. Na terugkeer uit Egypte heeft verzoekster met het Declaratieformulier Zorgkosten Buitenland diverse nota's ingediend voor zorg, verleend tijdens haar vakantie in Egypte. 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 verzoekster op 24 september 2010 een toelichtingsformulier gezonden met het verzoek dit ingevuld en ondertekend te retourneren. Op het geretourneerde formulier heeft verzoekster vermeld dat de gedeclareerde zorgkosten het gevolg zijn van een auto-ongeluk op 15 juli 2010, waarbij haar echtgenoot tegen een muur is gereden. Hiervan is geen proces-verbaal opgemaakt. Verzoekster heeft verklaard dat zij in verband met het ongeluk de volgende behandelingen heeft ondergaan: consultatie en wortelkanaalbehandelingen.

- 5.3. 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 verzoekster de diagnose "*painful teeth*" had gesteld. Hierbij hebben de volgende behandelingen plaatsgevonden: "*X-ray scan, root canal management and polishing*". Deze tandarts heeft vervolgens een vragenlijst ingevuld en ondertekend. Hierop heeft hij verklaard dat verzoekster last had van "*suffering from pain on hot & cold & inability to bite*". Bij verzoekster was sprake van diepe cariës en blootstelling van de pulpa. Als diagnose is vastgesteld: "*acute pulpitis & apical periodontitis*". Er heeft een consultatie plaatsgevonden, er zijn röntgenfoto's gemaakt, drie wortelkanaalbehandelingen hebben plaatsgevonden en "*supra, subgingival scaling & polishing*". De betreffende tandarts heeft niet gesproken over spoedeisende tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval.
- 5.4. Op 2 september 2011 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar enerzijds en verzoekster en haar echtgenoot anderzijds. Tijdens dit gesprek heeft de echtgenoot van verzoekster verklaard dat hij destijds met een snelheid van ongeveer 50 km per uur tegen een muur is gereden. Verzoekster en haar gezinsleden droegen geen autogordel. De voorkant van de auto was naar voren geschoven, maar de voorruit was heel gebleven. Verzoekster en haar gezinsleden zijn niet naar een dokter geweest, maar zijn de dag na het ongeval wel naar een tandarts gegaan.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop informatie opgevraagd bij de Nederlandse tandarts van verzoekster. Uit diens brief van 13 oktober 2011 blijkt dat verzoekster zich op 4 maart 2010 met pijnklachten rechtsboven had gewend tot de tandarts. Na onderzoek bleek de ter plaatse aanwezige brug de oorzaak van de pijnklachten te zijn. De tandarts heeft hierop een reeks behandelingen uitgevoerd, waardoor de pijnklachten zijn verdwenen. Het is de tandarts niet bekend waar en wanneer de betreffende brug is geplaatst.
- 5.6. Enig bewijs voor het gestelde ongeval is door verzoekster nooit geleverd. Zij 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 de echtgenoot van verzoekster. De verklaring van de eigenaresse van de betreffende auto van 16 december 2011, waarin wordt gesteld dat de echtgenoot van verzoekster 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 de echtgenoot van verzoekster 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 genoegen heeft genomen met een betaling één jaar later.
- 5.7. Thans wordt gesteld dat sprake zou zijn geweest van een huurauto. De echtgenoot van verzoekster 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. Verzoekster heeft hiervan bovendien geen bewijs overgelegd.

- 5.8. Gezien het door verzoekster 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 verzoekster en haar 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. Verzoekster en haar gezinsleden hebben dit evenwel nagelaten en zijn pas de volgende dag naar een tandarts gegaan.
- 5.9. Het lijkt de ziektekostenverzekeraar niet geloofwaardig dat de behandelend tandarts naderhand aan de echtgenoot van verzoekster 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.
- 5.10. Verzoekster 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 de echtgenoot van verzoekster heeft verklaard dat de voorruit heel was gebleven.
- 5.11. 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 verzoekster vasthoudt aan de ongeloofwaardige en inconsistente verklaringen, kan de ziektekostenverzekeraar geen andere conclusie trekken dan dat verzoekster 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.
- 5.12. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster 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.
- 5.13. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de eigenaresse van de auto pas aangifte heeft gedaan van het ongeval nadat de ziektekostenverzekeraar verzoekster had medegedeeld wat de uitkomst en consequenties van het onderzoek waren.
- 5.14. De verklaring van de Egyptische tandarts van 23 februari 2011 is door de tandarts zelf ondertekend en niet – zoals verzoekster stelt – door een stagiair.
- 5.15. In het kader van het onderzoek heeft op 2 september 2011 een gesprek plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar, en verzoekster en haar echtgenoot. 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 verzoekster.

- 5.16. 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 verzoekster in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en bij de Stichting CIS te Zeist en het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoekster.

## 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.*

*Tandheeskundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Beter Af Tandarts Polis heeft. De kosten vallen onder deze tandheeskundige 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 verzoekster 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. Verzoekster heeft verklaard dat haar echtgenoot met een door hem gehuurde auto tegen een muur is gereden, waardoor hij, verzoekster en hun dochter gewond zijn geraakt. Het betrof bij alle drie 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 de echtgenoot van verzoekster een auto had gehuurd. Er zou een auto zijn geleend van de zus van de echtgenoot van verzoekster. De echtgenoot van verzoekster 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 de echtgenoot van verzoekster de auto heeft geleend van zijn zus of een ander familielid. Verzoekster 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. De echtgenoot van verzoekster is met de eigenaresse van de auto overeengekomen dat hij dit bedrag na terugkeer in Nederland zou betalen. Uit het door de echtgenoot van verzoekster overgelegde bankafschrift van 13 september 2010 blijkt dat de echtgenoot van verzoekster 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 verzoekster overgelegd.
- 9.7. Verzoekster heeft bij het indienen van de nota ter zake van de door haar in Egypte genoten tandheelkundige zorg verklaard dat zij kosten heeft gemaakt voor: “consultatie, wortelkanaalbehandelingen”. Uit de nota van 25 juli 2010 blijkt dat de volgende behandelingen hebben plaatsgevonden: een consult, het maken van een röntgenfoto, drie wortelkanaalbehandelingen, het verwijderen van tandsteen en curretage.

- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzoek laten verrichten in Egypte. Hieruit is gebleken dat sprake is van meerdere inconsistenties tussen de verschillende verklaringen van onder meer verzoekster, doch dit heeft geen concrete bewijzen van fraude aan de zijde van verzoekster opgeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in het kader van het onderzoek uitgenodigd voor een gesprek om een en ander toe te lichten. Van dit gesprek is evenwel slechts een summier handgeschreven verslag gemaakt en verzoekster is niet in de gelegenheid gesteld de juistheid van de verslaglegging na te gaan. Bovendien heeft verzoekster – onweersproken – gesteld dat haar voorafgaand niet is duidelijk gemaakt wat het doel van dit gesprek was.
- 9.9. 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 verzoekster opzettelijk de verzekeraar heeft willen misleiden of heeft misleid. Door de eerdere aanvragen en de geconstateerde inconsistenties heeft verzoekster 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**

- 9.10. 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.
- 9.11. Partijen verschillen van mening over de in Egypte aan verzoekster verleende tandheelkundige zorg. De commissie zal als uitgangspunt de nota van 25 juli 2010 nemen, ervan uitgaande dat verzoekster deze nota ter declaratie heeft ingediend en dat zij de Egyptische tandarts niet zal hebben betaald voor andere behandelingen dan die daadwerkelijk zijn uitgevoerd.
- 9.12. Uit de nota blijkt dat de volgende behandelingen hebben plaatsgevonden: een consult, het maken van een röntgenfoto, drie wortelkanaalbehandelingen, het verwijderen van tandsteen en curretage. Het verwijderen van tandsteen is nooit het gevolg van een ongeval. De wortelkanaalbehandelingen hingen samen met een aantasting van carieuze aard. Het is niet aanneemelijk dat er een relatie is met het ongeluk. De wortelkanaalbehandelingen en het verwijderen van tandsteen hadden in ieder geval kunnen worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland, en deze behandelingen zijn daarom niet aan te merken als spoedeisende zorg. Hoewel niet is uit te sluiten dat er door het ongeluk enige schade aan het gebit was ontstaan, waren voornoemde behandelingen niet spoedeisend.

- 9.13. De commissie concludeert dat aldus niet aannemelijk is geworden dat sprake was van spoedeisende zorg als gevolg het auto-ongeluk op 15 juli 2010. Verzoekster heeft zodoende geen aanspraak op vergoeding van de in Egypte gemaakte kosten.

### **Conclusie**

- 9.14. 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 verzoekster in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en bij de Stichting CIS te Zeist, en het verhalen van de (externe) onderzoekskosten op verzoekster betreft. Voor zover het gaat om de vergoeding van de in Egypte gemaakte kosten van zorg, dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.15. 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 9.14.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 20 maart 2013,

Voorzitter