

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ Groep U.A. te Tilburg
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, epilatie, fraude
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2020, art. 7:941 BW
Zaaknummer : 202101710
Zittingsdatum : 25 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 11 oktober 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. Op 2 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. De commissie heeft kennis genomen van de stukken die in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn uitgewisseld. Ter zitting heeft verzoeker de commissie alsnog verzocht om een bindend advies, hetgeen hij bij formulier van 10 juni 2022 schriftelijk heeft bevestigd.
- 2.2. Bij e-mailbericht van 28 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie hiervan is op 5 april 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennismaken van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 2 juni 2022 heeft de commissie verzoeker gevraagd aanvullende informatie toe te sturen. Dit heeft verzoeker gedaan bij e-mailbericht van 15 juni 2022. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brieven van 4 juli 2022 en 20 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Afschriften van deze brieven zijn aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeente Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij declaratieformulier van 26 juni 2020 heeft verzoeker zorgkosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het betreft een factuur van 21 juni 2020 van Nato Academy, waarmee een bedrag van € 570,- bij verzoeker in rekening wordt gebracht in verband met behandelingen voor epilatie van het gelaat in de periode van 3 februari 2020 tot en met 21 juni 2020.

3.3. Bij brief van 6 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de door verzoeker ingediende factuur volgens hem valselijk is opgemaakt en dat sprake is van fraude. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat dit tot gevolg heeft dat (i) de desbetreffende factuur niet wordt vergoed of dat een eventuele uitgekeerde vergoeding wordt teruggevorderd, (ii) de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 maart 2021 worden beëindigd, (iii) het verzoeker niet is toegestaan binnen 5 jaar een zorgverzekering en/of aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten bij CZ, OHRA of Nationale-Nederlanden, (iv) de onderzoekskosten ad € 123,75 voor rekening van verzoeker komen, (v) de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het interne Incidentenregister, en (vi) de persoonsgegevens van verzoeker voor de periode van 8 jaren worden opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (EVR). Daarnaast wordt verzoeker in de gelegenheid gesteld te reageren op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 8 januari 2021 heeft verzoeker op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 6 januari 2021 gereageerd.

3.5. Bij brief van 17 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker verzocht aan te tonen dat hij geen fraude heeft gepleegd en daarbij de volgende vragen te beantwoorden, dan wel stukken over te leggen:

- Kunt u uitleggen, waarom u hebt gekozen voor een behandeling in Eindhoven?
- Op welke dag(en) en tijdstip(pen) bent u behandeld?
- Door wie bent u behandeld?
- Welke behandeling hebt u gehad?
- Hoe bent u naar de afspraak gegaan (auto of openbaar vervoer)? Wij vragen u bewijsstukken voor elke behandeldatum mee te sturen. Bijvoorbeeld: parkeerkosten; kosten bus of trein.
- Hoe hebt u de rekening(en) betaald? Wij vragen u bewijsstukken mee te sturen. Bijvoorbeeld: bankafschrift met digitale transactie, kwitantie of opname bij geldautomaat.
- Aan wie hebt u betaald?

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief verklaard dat hij bereid is de opgelegde maatregelen te matigen, als wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

- U geeft aan dat u rekening(en) indiende, terwijl de behandelingen niet hebben plaatsgevonden.
- U legt duidelijk uit waarom u dit hebt gedaan.
- Als u een vergoeding van ons hebt ontvangen, dan betaalt u die terug.
- U betaalt onze onderzoekskosten.

Als aan de genoemde voorwaarden wordt voldaan, worden de volgende (lichtere) maatregelen opgelegd:

- Wij vergoeden uw rekening(en) van NATO Academy niet. Hebt u al een vergoeding gehad? Dan moet u deze terugbetalen. U krijgt hiervoor een rekening van onze afdeling Debiteurenbeheer.
- U betaalt de kosten van ons onderzoek. Deze kosten zijn € 123,75. U krijgt hiervoor een rekening van onze afdeling Debiteurenbeheer.
- Wij nemen uw (persoons)gegevens gedurende 8 jaar op in de uitsluitend voor ons toegankelijke gebeurtenissenadministratie.

Daarnaast is vermeld dat verzoeker onder deze omstandigheden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd mag blijven en dat zijn (persoons)gegevens niet worden opgenomen in het EVR.

3.6. Uit het dossier blijkt niet dat verzoeker (schriftelijk) heeft gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 17 februari 2021.

3.7. Bij brief van 8 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat voor hem vaststaat dat verzoeker heeft gefraudeerd en dat in dit verband aan hem de volgende maatregelen worden opgelegd:

"(...)

- Wij vergoeden de rekeningen(en) van NATO Academy van u en uw eventuele medeverzekerden niet. Hebt u al een vergoeding van ons gehad? Dan moet u deze terug betalen. U krijgt hiervoor dan een rekening van onze afdeling Debiteurenbeheer.
- U mag de komende vijf jaar geen aanvullende verzekering bij CZ, OHRA of Nationale-Nederlanden afsluiten. Doet u dat toch, dan krijgt u geen vergoeding van uw ziektekosten.
- U betaalt de kosten van ons onderzoek. Deze kosten zijn € 123,75. U ontvangt hiervoor een rekening van onze afdeling Debiteurenbeheer.
- Wij nemen uw (persoons)gegevens gedurende 8 jaar op in de gebeurtenissenadministratie.
- Wij nemen uw (persoons)gegevens gedurende 8 jaar op in ons interne incidentenregister.
- Wij nemen uw (persoons)gegevens gedurende 3 jaar op in het EVR. (...)"

3.8. Verzoeker is verschillende malen bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen zijn beslissing van 8 april 2021. Bij e-mailberichten van 21 mei 2021, 23 juni 2021 en 21 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Het geschil**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de terugvordering van het bedrag van € 570,- ongedaan dient te maken;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht moet herstellen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht zorgkosten moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar de bij brief van 21 mei 2021 opgelegde maatregelen ongedaan moet maken.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. **Beoordeling**

6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over fraude zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij de facturen die hij van de zorgaanbieder heeft ontvangen bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend en dat hierop behandelingen zijn vermeld die hij daadwerkelijk heeft genoten. Van fraude is zijns inziens dan ook geen sprake. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar dit ook niet aannemelijk gemaakt. Hij stelt dat de achtergrond van de nota's weliswaar lijkt op nota's die valselijk zijn opgesteld, maar dat is volgens verzoeker niet het geval. Verder lijkt de ziektekostenverzekeraar uit te gaan van de verklaring van één behandelaar, terwijl niet zeker is of deze nog werkzaam is bij de zorgaanbieder. Daarnaast merkt verzoeker op dat de zorgaanbieder zijn administratie kan aanpassen, zonder dat hij hier iets van weet. Ten slotte heeft verzoeker verklaard dat hij al 5 jaren bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, hij meerdere declaraties heeft ingediend en dat daarbij geen onregelmatigheden hebben plaatsgevonden. Dit alles wil de ziektekostenverzekeraar echter niet van hem aannemen.

Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij verlangt dat de opgelegde maatregelen ongedaan worden gemaakt, dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht wordt hersteld en dat de door hem gemaakte zorgkosten alsnog worden vergoed ten laste van deze verzekering. In dat geval verwacht verzoeker ook van de ziektekostenverzekeraar dat hij eventuele premiebetalingen kortsluit met de gemeente, omdat deze de premie tot die tijd heeft voldaan. Verder heeft verzoeker naar voren gebracht dat zijn verzoek ook zijn vader en moeder betreft.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een grootschalig onderzoek heeft plaatsgevonden naar ingediende nota's van NATO Academy. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat een groot aantal nota's valselijk is opgesteld. De zorgaanbieder heeft in dit verband verklaard dat de nota's die starten met de letter F vals zijn en niet door hem zijn opgesteld. De door verzoeker ingediende nota begint met deze letter. Verder heeft de zorgaanbieder verklaard dat er geen nota's worden opgesteld, waarop meerdere behandelingen zijn vermeld (zogenoemde: verzamelnota's). Verzoeker heeft echter wel een verzamelnota ingediend. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de administratie van de zorgaanbieder ingezien en vastgesteld dat de gegevens van verzoeker hierin niet voorkomen. Voorts heeft verzoeker verklaard dat hij op 1 februari 2020 en 11 maart 2020 is behandeld door een man, terwijl op de nota de AGB-code is vermeld van een vrouwelijke medewerker die deze dagen niet werkte. Verder is gebleken dat de BTW als vermeld op de nota niet goed is berekend. Daarnaast komt de handtekening op de nota niet overeen met die van de medewerker. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de achtergrond op de foto's van de nota overeenkomt met die van andere nota's waarvan is vast komen te staan dat die valselijk zijn opgesteld. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat de behandelingen hebben plaatsgevonden, dat hij deze contant heeft betaald en dat geen sprake is van fraude, maar hij heeft deze stellingen op geen enkele wijze met (bewijs)stukken onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van oordeel dat vast is komen te staan dat verzoeker fraude heeft gepleegd. De maatregelen die in dat verband zijn opgelegd zijn passend.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt allereerst dat uit het verzoek, in samenhang gelezen met het klachtenformulier dat eerder tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is ingevuld, niet blijkt dat verzoeker het geschil mede namens een ander dan zichzelf heeft ingediend. De commissie zal hierna dan ook uitsluitend ten aanzien van het geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar beslissen en niet - zoals verzoeker ter zitting heeft aangevoerd - over een eventueel geschil tussen zijn vader en moeder met de ziektekostenverzekeraar.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker een nota van NATO Academy ontvangen, waarmee vier behandelingen worden gedeclareerd voor epilatie van het gezicht die hebben plaatsgevonden in de periode van 2 januari 2020 tot en met 11 juni 2020. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de desbetreffende nota valselijk opgesteld en heeft verzoeker willens en wetens een incorrecte nota ingediend, teneinde wederrechtelijk voordeel te behalen. In deze situatie moet worden getoetst aan artikel 7:941 BW.
- 6.6. In artikel 7:941, lid 5, BW is bepaald dat het recht op uitkering vervalt als de verzekeringnemer een verplichting, voor zover thans van belang, in het kader van de zorgverzekering, als bedoeld in art. 7:941, lid 2, BW (betreffende - kort gezegd - de informatieverplichting van de verzekeringnemer aan de verzekeraar teneinde deze in staat te stellen om de uitkeringsplicht te beoordelen) niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval niet rechtvaardigt.

- 6.7. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit verstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het EVR, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.
- 6.8. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, lid 5, BW bedoelde opzet blijkt. In dit verband is het volgende van belang.
- 6.9. Door de ziektekostenverzekeraar is - in de kern - gesteld dat het opzet om hem te misleiden blijkt uit (i) de verklaring van NATO Academy dat nota's die beginnen met de letter F niet van haar afkomstig zijn en valselijk zijn opgesteld, (ii) de verklaring van NATO Academy dat zij geen verzamelnota's uitbrengt, (iii) het gegeven dat behandelingen zijn gedeclareerd door een bepaalde medewerker, terwijl deze op die dagen niet aanwezig was, (iv) de gegevens van verzoeker niet zijn opgenomen in de administratie van NATO Academy, (v) de BTW op de factuur niet goed is berekend, (vi) de handtekening op de nota niet overeenkomt met die van de medewerker, en (vii) de achtergrond op de foto's van de nota overeenkomt met die van nota's waarvan is vast komen te staan dat deze valselijk zijn opgesteld.
- 6.10. Verzoeker is verschillende keren - niet alleen voorafgaand, maar ook tijdens deze procedure - in de gelegenheid gesteld op de hiervoor in 6.9. opgesomde bevindingen van de ziektekostenverzekeraar te reageren. Verzoeker heeft in dit verband slechts gesteld dat hij geen andere gegevens van NATO Academy heeft ontvangen, dat hij geen (bewijs)stukken kan overleggen waaruit blijkt dat hij de behandeling daadwerkelijk heeft ondergaan anders dan de ingediende nota, en dat hij deze nota contant heeft voldaan. Een en ander kan de commissie er niet van overtuigen dat geen sprake is van het door de ziektekostenverzekeraar gestelde opzet tot misleiding. Vooropgesteld moet worden dat verzoeker de nota heeft ingediend zodat hij ook degene is aan wie de uitkering toekomt. Als vaststaand kan worden aangenomen dat verzoeker niet als patiënt bij NATO Academy bekend is, nu zijn gegevens daar niet in de administratie voorkomen. Hoewel aan dit enkele feit geen conclusies kunnen worden verbonden, zijn door de ziektekostenverzekeraar diverse andere (bewijs)stukken in de onderzoeksfase aangeleverd, zoals hiervoor onder 6.9 is beschreven. Gelet hierop en gegeven de ernst en omvang van de door hem aangekondigde maatregelen - had het op de weg van verzoeker gelegen ten minste contact op te nemen met NATO Academy, of met de medewerker die hem zou hebben behandeld, teneinde een verklaring te verkrijgen, waaruit blijkt dat hij hier wel patiënt is, dat de door hem gedeclareerde behandelingen daadwerkelijk hebben plaatsgevonden én dat de ter zake ingediende nota juist is. Nu een dergelijke verklaring ontbreekt en verzoeker ook niet anderszins de concrete (bewijs)stukken en verklaringen van de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd heeft betwist, neemt de commissie als vaststaand aan dat verzoeker willens en wetens een valselijk opgestelde nota bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend, teneinde een wederrechtelijk voordeel te behalen.
- 6.11. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het recht op uitkering op grond van artikel 7:941, lid 5, BW komt te vervallen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de door verzoeker ingediende nota te vergoeden, dan wel dat een eventuele door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker betaalde vergoeding onverschuldigd heeft plaatsgevonden en verzoeker uit hoofde van de wet dan is gehouden het door hem ontvangen bedrag terug te betalen aan de ziektekostenverzekeraar. Voorts stond het de ziektekostenverzekeraar vrij om op basis van de artikelen A.6.4 en C.10.4 van de (algemene) voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering de aanvullende verzekering met ingang van 1 maart 2021 te beëindigen.

Tot slot zijn de hiervoor genoemde alsmede de overige maatregelen die de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker heeft opgelegd, waaronder de opname van zijn (persoons)gegevens in zijn interne Incidentenregister en het EVR, en de vordering van de onderzoekskosten ad € 123,75 naar het oordeel van de commissie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar nu gesteld noch gebleken is dat deze disproportioneel moeten worden geacht.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 augustus 2022

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsver-

klaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgesloten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, vertragsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitkorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode.

A.7.8. Als u ten onrechte niet verzekerd bent

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringswet wel verzekeren. Wij moeten in dat geval alle stukken hebben ontvangen binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan of binnen een maand nadat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij de benodigde gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

A.8. Betaling van premie en kosten

A.8.1. Wie betaalt de premie en kosten?

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten.

A.8.2. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Wij hebben met u (verzekeringnemer) afgesproken voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. U (verzekeringnemer) hebt tijdig voldaan aan

Wmo) en uw zorgverzekering vergoeden niet alle zorg (volledig). De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder voorwaarden onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering vallen. Dat geldt:

- als de kosten betrekking hebben op behandelingen die zijn opgenomen in uw zorgverzekering, de volksverzekeringen of de sociale verzekeringen; en
- als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de volksverzekeringen en de sociale verzekeringen of uw zorgverzekering; en
- als de vergoeding is opgenomen in uw aanvullende verzekering; en
- als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen; en
- als wij een originele schriftelijke verklaring van de uitvoeringsorganen van de betreffende volksverzekeringen en de sociale verzekeringen of de (zorg)verzekeraar van de zorgverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de rekening die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgehandeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afhandeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd.

C.10. Algemene uitsluitingen

C.10.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Bij de aanmelding kunnen wij u vragen naar ziekten, aandoeningen of afwijkingen. Als u hierover informatie achterhoudt of verzwijgt, vergoeden wij geen zorg die te maken heeft met een ziekte, aandoening of afwijking die al bij u bekend was of al klachten veroorzaakte toen u uw (aanvullende) verzekering hebt aangevraagd. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel, als daarvoor een dekking in uw verzekering is opgenomen.

C.10.2. Andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- Kosten die u - als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:
 - een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling, zoals de Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, Wlz en Wmo; of
 - een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling

- zoals Rijksvaccinatieprogramma's; of
- een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag; of
- een andere overeenkomst (ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende verzekering).

• Kosten:

- die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland; en
- die een (reis)verzekeraar bij ons declareert als u daar een afzonderlijke (reis)verzekering hebt gesloten; en
- die als u bij ons geen verzekering had gesloten, vallen onder de dekking van die afzonderlijk gesloten (reis)verzekering (inclusief een dekking voor medische kosten in het buitenland) of die op andere gronden door de (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgeschoten; en
- die deze (reis)verzekeraar heeft uitgesloten als u een (aanvullende) zorgverzekering hebt.

Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend dat de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het is niet van belang of de afzonderlijk gesloten (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons; uw verzekering bij ons bestaat namelijk niet voor vergoeding van een spoedeisende behandeling in het buitenland die valt onder de afzonderlijke (reis)verzekering. Onze verzekering dient als *excedentverzekering*: dat wil zeggen dat wij alleen dan kosten vergoeden als die uitstijgen boven de dekking van die afzonderlijk gesloten (reis)verzekering.

- Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen op grond van een andere regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

C.10.3. Eigen bijdrage, eigen risico en verlaagd tarief

De volgende kosten vergoeden wij niet, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden of op het voor u geldende vergoedingsoverzicht uitdrukkelijk staat dat wij deze kosten wel vergoeden:

- de (wettelijke) eigen bijdragen die u moet betalen volgens de Jeugdwet, Wlz en Wmo of de Zorgverzekeringswet;
- kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de zorgverzekering;
- kosten van verzekerde zorg die voor uw reke-

ning blijven, omdat deze zorg is gedeclareerd tegen een hoger tarief dan waarvoor uw verzekering vergoeding geeft. Zie voor deze tarieven artikel A.20.;

- kosten van behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Als verzekerde zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, passen we bij de vergoeding een verlaagd tarief toe. Dat doen we bij een Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en de onderdelen van aanvullende verzekeringen die zorg in natura bevatten. Zie daarvoor artikel A.20.2 en A.20.3. Kosten die door toepassing van het verlaagde tarief voor uw rekening blijven, vergoeden wij in geen enkel geval.

C.10.4. Eigen toedoen, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

Wij vergoeden niet de (kosten van) behandelingen die nodig zijn als gevolg van uw schuld, uw roekeloosheid of uw opzet. Van uw schuld, roekeloosheid of opzet is in ieder geval sprake als u een aandoening, ziekte of letsel oploopt:

- door besturing van een voertuig, vaartuig of luchtvaartuig (vliegtuig, helikopter, parachute, luchtballon en deltavlieger daaronder begrepen) terwijl niet is voldaan aan de wettelijke eisen;
- door deelname aan races of snelheidswedstrijden door middel van een hiervoor genoemd voer-, vaar- of luchtvaartuig;
- tengevolge van sport, waaraan u als beroepssporter deelneemt;
- doordat u hebt deelgenomen aan een vechtpartij of geweldpleging;
- doordat u vrijwillig aan feitelijke gewapende handelingen in een buitenlandse / vreemde krijgsmacht deelneemt, behalve wanneer u uitsluitend als hulpverlener humanitaire hulp of zorg verleent of uitsluitend medische handelingen verricht;
- doordat u niet meewerkt aan uw genezingsproces of dat tegenwerkt.

Redding en zelfverdediging

Als uw kosten zijn ontstaan door rechtmatige zelfverdediging, door redden van uzelf, andere personen of dieren, zijn deze voornoemde uitsluitingen niet van toepassing. Als u spullen van uzelf of anderen redt, zijn deze uitsluitingen ook niet van toepassing, als deze redding de handeling of het gedrag genoemd in de uitsluiting redelijkerwijs rechtvaardigt of berust op een wettelijke zorgplicht.

Misdrijf, overtreding en fraude

Wij vergoeden ook niet de kosten door misdrijf, overtreding of fraude. Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van (mede) plegen van, van medeplichtig zijn aan, van een poging tot, of van een ongeval tijdens een misdrijf, overtreding of fraude. Deze voorwaarde is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener).

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- een registratie doen in de signaleringssystemen die verzekeraars gebruiken;
- een uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

C.11. Afwijkende voorwaarden

Voor uw aanvullende verzekering kunnen voorwaarden gelden die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden die hiervoor zijn beschreven of die de verzekeringsvoorwaarden aanvullen. Deze afwijkende voorwaarden kunnen ook gelden voor uw ziektekostenverzekering.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of één van de volgende afwijkende of aanvullende voorwaarden voor u geldt.

C.11.1. Ziektekostenverzekering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.1.1. Omschrijving

Een ziektekostenverzekering kunt u alleen afsluiten als u geen plicht hebt zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

Voor zorg in uw woonland of daarbuiten (niet Nederland) bij een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, geldt dat de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld. Voor de overige voorwaarden wordt getoetst of deze indien mogelijk voldoen aan de voorwaarden die bij het betreffende artikel van de zorg horen. Daar waar dit niet mogelijk is, wordt uitgegaan van wat gebruikelijk is in het betreffende land.

C.11.1.2. Einde ziektekostenverzekering

Als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet, meldt u dat aan ons en eindigt uw ziektekostenverzekering.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.