

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E beide te D
Zaak : Fraude, buitenlandnota, beëindiging zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering, opname in intern incidentenregister, registratie bij Stichting CIS te Zeist, vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 2010.01122
Zittingsdatum : 8 september 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C, en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 10 augustus 2009 de ter declaratie ingediende nota voor geneeskundige zorg over de periode van 20 september tot en met 19 oktober 2008 (tijdens het verblijf in Afghanistan) niet te vergoeden; de zorgverzekering per 1 oktober 2009 en de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 september 2009 te beëindigen; de (externe) onderzoekskosten op hem te verhalen; zijn gegevens op te nemen in het interne incidentenregister, en hem te laten registreren bij Stichting CIS te Zeist.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. 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 was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 10 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het door hem ingeschakelde onderzoeksbureau bij onderzoek ter plaatse is gebleken dat verzoeker door het indienen van de nota en de door hem afgelegde verklaring een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven en een onware opgave heeft gedaan.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 21 mei 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 september 2010 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij van 1 september tot en met 27 oktober 2008 in Afghanistan heeft verbleven. Tijdens dit verblijf is hij van 20 september tot en met 19 oktober 2008 opgenomen geweest in het Medisch Academisch Ziekenhuis te Kabul wegens bacteriële dysenterie. Voor de geleverde zorg en de opname heeft hij een bedrag van \$ 2.875,-- betaald aan het ziekenhuis. Verzoeker heeft rond 14 oktober 2008 de Alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar gebeld. Verzoeker weet niet meer met wie hij destijds heeft gesproken. Achteraf blijkt dat dit gesprek niet is vastgelegd bij de Alarmcentrale.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de dupe is van het declaratiesysteem in Afganistan. Er is geen sprake van opzettelijke misleiding. Hij heeft in Nederland een goede baan en een goede reputatie die hij niet op het spel wil zetten door een strafblad.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een onderzoek ter plaatse is uitgevoerd naar de rechtmatigheid van de ingediende nota met betrekking tot de periode 20 september tot en met 19 oktober 2008, welke nota ziet op medische kosten gemaakt tijdens het verblijf van verzoeker in Afghanistan. Uit voornoemd onderzoek is gebleken dat verzoeker in de betreffende periode niet opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Daarnaast heeft het hoofd van het Academic Medical Hospital/Army Hospital, Brig. General dr. Mohammed Zaman verklaard dat alle behandelingen in het ziekenhuis gratis zijn. Er worden bij niemand kosten in rekening gebracht voor behandelingen en/of geneesmiddelen.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt, gelet op voorgaande verklaring, zich op het standpunt dat de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's vals zijn. Daarnaast is de arts Ahmed Noer Tauwfiq, die de behandelingen zou hebben uitgevoerd, niet werkzaam in voormeld ziekenhuis. De arts Zalmai is daar evenmin werkzaam.

Er is geen registratie van voornoemde ziekenhuisopname bij de Alarmcentrale. In de door verzoeker ingediende vertaling van de onderhavige nota wordt slechts vermeld dat hij behandeld is in het ziekenhuis, maar niet dat hij opgenomen is geweest. Daarbij zou de nota afkomstig zijn van “Afdeling Polikliniek” en op een polikliniek vinden geen opnames plaats. Ook is opvallend dat een deel van de nota ook Nederlandse tekst bevat. Daarnaast wordt vermeld dat verzoeker na de behandeling op 19 oktober 2008 een totale bedrust van twee weken is voorgeschreven. Verzoeker is echter reeds op 27 oktober 2008 teruggekeerd naar Nederland.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, gelet op hetgeen hiervoor is vermeld bij de politie aangifte gedaan van een strafbaar feit.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker (een poging tot) fraude – zoals bedoeld in de polisvoorwaarden – heeft gepleegd op grond waarvan het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan de vergoeding van de door verzoeker ingediende declaratie over 20 september tot en met 19 oktober 2008 te weigeren; de zorgverzekering per 1 oktober 2009 en de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 september 2009 te beëindigen; de (externe) onderzoekskosten op verzoeker te verhalen; zijn gegevens op te nemen in het interne incidentenregister, en hem te laten registreren bij Stichting CIS te Zeist

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 4.2.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de zorgverzekering eindigt bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 17.

Artikel 17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt:

“17.1 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 verzekeraar.

17.2 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.

17.3 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.”

Artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

18.1.3 De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op de vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:

☐ wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

☐ het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

☐ wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.

“(…)

18.2.2 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde die woont in Nederland of ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, is artikel 18.1.3 van overeenkomstige toepassing.

“(…)”

- 8.3. In artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigt bij aangetoonde fraude.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 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 17 van de algemene voorwaarden 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 17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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 inmiddels ook neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. Sedert de inwerkingtreding op 1 januari 2006 van

het nieuwe verzekeringsrecht als onderdeel van het Burgerlijk Wetboek in Boek 7, titel 17, BW is krachtens de hoofdregel van overgangsrecht (zie artikel 68a lid 1 Overgangswet nieuw Burgerlijk Wetboek) artikel 7:941 BW onmiddellijk van toepassing. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebezigde terminologie “*onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen*” 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 sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang. Verzoeker verbleef van 1 september tot en met 27 oktober 2008 in Afghanistan. Verzoeker heeft een nota voor opname in het Academic Medical Hospital/Army Hospital te Kabul van 20 september tot en met 19 oktober 2008 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Van deze nota heeft verzoeker een vertaling overgelegd. Op de nota staan de gegevens van verzoeker in het Nederlands vermeld, de overige informatie staat in de lokale taal vermeld. Uit de vertaling blijkt gedurende welke periode verzoeker onder behandeling is geweest in het ziekenhuis, wat de gestelde diagnose is en wat de totale kosten van de behandeling zijn. Tevens vermeldt de nota dat verzoeker na de behandeling twee weken totale bedrust is voorgeschreven.
- 9.5. De bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediende nota voor de ziekenhuisopname in Afghanistan houdt verband met de indicatie ‘bacteriële dysenterie’. De nota vermeldt echter niet welke behandelingen hebben plaatsgevonden. De nota vermeldt evenmin dat verzoeker opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Daarnaast is de nota afgegeven door de afdeling polikliniek. Op een polikliniek vinden echter geen opnames plaats. Verzoeker heeft evenwel verklaard dat hij wel opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Verder heeft hij gesteld dat hij niet meer weet welke behandelingen hij gedurende de opname heeft ondergaan, of welke medicijnen aan hem verstrekt zijn.
- 9.6. Op grond van artikel 11 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering dient een nota zodanig gespecificeerd te zijn, dat het recht op vergoeding door de ziektekostenverzekeraar kan worden vastgesteld. De door verzoeker ter declaratie ingediende nota is niet zodanig gespecificeerd dat daaruit kan worden vastgesteld of verzoeker recht heeft op vergoeding.
- Het geheel van deze feiten en omstandigheden, in onderling verband en samenhang beschouwd, doet een wezenlijk ander beeld ontstaan omtrent de door verzoeker ter declaratie ingediende nota voor diens ziekenhuisopname in 2008 in het Academic Medical Hospital/Army Hospital te Kabul, Afghanistan, dan verzoeker wil doen voorkomen met zijn verklaringen en brengt de commissie tot het oordeel dat verzoeker een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven onder gebruik van misleidende stukken en toelichtingen. Op basis van de gang van zaken zoals die uit meerge-noemde stukken naar voren is gekomen, leidt de commissie het vermoeden af dat verzoeker de vooropgezette bedoeling moet hebben gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Verzoeker heeft dat vermoeden niet ontzenuwd. Dit leidt tot de conclusie dat bij verzoeker sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 7:941, lid 5 BW. De conclusie uit dit alles is dat de ziektekostenverzekeraar zich terecht beroept op het verval van verzoekers recht op uitkering en terecht tot beëindiging van zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering is overge-

gaan, de (externe) onderzoekskosten op verzoeker heeft verhaald, zijn gegevens heeft laten opnemen in het interne incidentenregister, en hem heeft laten registreren bij de Stichting CIS te Zeist. .

9.7. **Conclusie**

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 september 2010,

Voorzitter