



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Veronderstelde fraude, betaalbewijs, terugvordering kwijtgescholden eigen risico, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, registratie in het Extern Verwijzingsregister (EVR), melding bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, hoogte onderzoekskosten

Zaaknummer : 201701067

Zittingsdatum : 13 juni 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, artt. 6:96, 7:941 en 7:943 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,  
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

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

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2013 aan verzoekster een betalingsherinnering gezonden ter zake van het verschuldigde eigen risico 2013 van € 36,24. Op 21 december 2013 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar via het Stad Holland Account medegedeeld dat zij het betreffende bedrag reeds op 20 november 2013 had overgemaakt. Zij heeft hierbij een betalingsbewijs van de betreffende overschrijving gevoegd. Vervolgens is meerdere keren door partijen gecorrespondeerd over de betreffende betaling. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 17 januari 2014 aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten het bedrag coulantehalve af te boeken.

3.2. Op 6 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een nota gezonden ter zake van het eigen risico 2013 van € 56,68. Op 18 maart 2014 is hiervoor een betalingsherinnering gezonden. Op 20 maart 2014 heeft verzoekster per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het betreffende bedrag reeds was voldaan. Om dit aan te tonen heeft zij een betalingsbewijs meegezonden ter zake van een overschrijving op 3 maart 2014. Vervolgens is over en weer gecorrespondeerd, waarbij de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de betaling niet is ontvangen, en verzoekster heeft volgehouden dat het bedrag door haar is voldaan. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar, na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, besloten af te zien van verdere incasso.

3.3. Bij brief van 10 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat op grond van nieuw verkregen inzichten bij hem het vermoeden is ontstaan dat eerder genoemde betalingsbewijzen niet authentiek zijn. Daarom wordt verzoekster in de gelegenheid gesteld haar zienswijze ter zake schriftelijk kenbaar te maken.

- 3.4. Verzoekster heeft bij brief van 22 april 2017 gereageerd op voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 mei 2017 aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude, omdat zij twee gemanipuleerde bankafschriften heeft toegestuurd als bewijs van betaling van de bedragen van € 36,24 en € 56,68. Daarom worden genoemde bedragen alsnog bij verzoekster geïncasseerd. Verder zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen (hierna: het EVR). Ook is het dossier aangemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsschuldigheid van het Verbond van Verzekeraars. Voorts zal de ziektekostenverzekeraar aangifte doen van de geconstateerde fraude. Tot slot wordt door de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 750,- aan onderzoekskosten van verzoekster gevorderd.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij brief van 17 november 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar gegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister en het EVR, de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsschuldigheid ongedaan te maken, en de onderzoekskosten te matigen
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.11. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 juni 2018 in persoon gehoord.
- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 juni 2018 nadere informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 12 juli 2018 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft aangevoerd dat geen sprake is van misleiding of manipulatie. Haar echtgenoot heeft in 2013 een bedrijfsongeval gehad waarbij hij letselschade heeft opgelopen. Hierdoor nam

hun inkomen met ruim 40 percent af en gebeurde het wel eens dat een aan de bank gestuurde betaalopdracht niet werd uitgevoerd. Mogelijk is een kopie overgelegd van een betaling die door de bank is afgekeurd of teruggestort.

4.2. Verzoekster heeft destijds betaalopdrachten verstrekt aan de bank, en hiervan heeft zij een PDF afgedrukt en in haar boekhouding opgeborgen. Daarna heeft de bank de betaling afgekeurd en deze uit het systeem gehaald. Dit is iets anders dan opzettelijke manipulatie.

4.3. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar inbreuk heeft gemaakt op haar privacy en persoonlijke levenssfeer. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek geschonden. Voordat hij informatie ging inwinnen bij derden, had de ziektekostenverzekeraar haar op grond van voornoemde code hierover moeten informeren. Dit is evenwel niet gebeurd.

Verzoekster benadrukt dat een persoonlijk onderzoek niet nodig was geweest als de ziektekostenverzekeraar met haar in gesprek was gegaan. Tijdens het gesprek had een en ander kunnen worden toegelicht.

4.4. Verzoekster vindt de door de ziektekostenverzekeraar opgelegde sancties niet in verhouding staan tot de bedragen waarop de onderhavige kwestie betrekking heeft.

4.5. Verzoekster merkt verder op dat zij in 2017 aan de ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden de twee bedragen alsnog te betalen.

4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij het vreemd vindt dat als er iets mis gaat met een betaling, zij meteen wordt beschuldigd van fraude. Hiervan is zeker geen sprake. Verzoekster heeft destijds de betalingen via internet overgeboekt naar de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft toen afdrucken gemaakt van de betaalopdrachten, en heeft deze opgeborgen in haar administratie. De bank heeft deze betalingsopdrachten echter geweigerd. Omdat verzoekster toen nog niet beschikte over snel internet kon hier enige tijd overheen gaan.

Volgens verzoekster had de ziektekostenverzekeraar destijds contact met haar moeten opnemen over het probleem met de betalingen. Dan had zij het toen al kunnen uitzoeken en was de zaak al opgelost.

Verzoekster merkt op dat zij de zaak in 2014 heeft voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, en dat de ziektekostenverzekeraar haar in die kwestie tegemoet is gekomen. Als de ziektekostenverzekeraar indertijd echter de procedure was aangegaan, zou toen al duidelijk zijn geworden wat het probleem is, en zou het nu niet zo ver zijn gekomen.

4.7. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 juni 2018 stelt verzoekster dat zij de duur van de registratie in het EVR erg lang vindt. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar de duur van de registratie had moeten vermelden in de maatregelenbrief. Verder meent verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de registratie een zogenoemde proportionaliteitstoets dient uit te voeren. Dit laatste volgt uit verschillende uitspraken van het Kifid (onder andere nr. 2015142, 143, 206 en 237).

Tot slot vraagt verzoekster de commissie goed te kijken naar de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde specificatie ter zake van de onderzoekskosten.

4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2013 aan verzoekster een betalingsherinnering gezonden ter zake van het verschuldigde eigen risico 2013 van € 36,24. Op 21 december 2013 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar via het Stad Holland Account een betalingsbewijs overgelegd waaruit zou moeten blijken dat zij het betreffende bedrag reeds op 20 november 2013 had overgemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens aan verzoekster medegedeeld

dat hij de betreffende betaling niet heeft ontvangen. Hij heeft verzoekster daarom verzocht contact op te nemen met haar bank. Op 1 januari 2014 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar per e-mail medegedeeld dat zij contact had gehad met haar bank, en dat de betreffende betaling gewoon was verricht. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens nog driemaal een herinnering aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft volhard in haar stelling dat het bedrag door haar was voldaan. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 17 januari 2014 aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten het bedrag coulantehalve af te boeken.

- 5.2. Op 6 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een nota gezonden ter zake van het eigen risico 2013 van € 56,68. Op 18 maart 2014 is hiervoor een betalingsherinnering gestuurd. Verzoekster heeft op 20 maart 2014 per e-mail een betalingsbewijs aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waaruit zou moeten blijken dat het betreffende bedrag reeds op 3 maart 2014 was voldaan. Vervolgens is over en weer gecorrespondeerd, waarbij de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de betaling niet is ontvangen, en verzoekster heeft volgehouden dat het bedrag door haar was voldaan. Op 21 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het betreffende bedrag door hem niet is ontvangen. Tevens heeft hij verzoekster erop gewezen dat bij de betaling een verkeerd betalingskenmerk werd vermeld. Hij adviseerde verzoekster daarom contact op te nemen met haar bank. Verzoekster heeft in reactie hierop op 23 maart 2014 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij het bericht van 21 maart 2014 had doorgezonden aan haar bank. De bank heeft haar hierop medegedeeld dat het bedrag van € 56,68 is bijgeschreven op de rekening van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag evenwel niet kunnen traceren in zijn administratie en heeft dit aan verzoekster medegedeeld. Vervolgens is nog over en weer gecorrespondeerd. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar, na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, besloten af te zien van verdere incasso.
- 5.3. Begin 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van een vergelijkbaar incident met de partner van verzoekster, besloten de door verzoekster in 2013 en 2014 overgelegde betalingsbewijzen nader te onderzoeken.
- 5.4. Verzoekster stelt zich thans op het standpunt dat de bank de betalingen, die op de door haar overgelegde betalingsbewijzen staan vermeld, heeft afgekeurd en uit het systeem heeft verwijderd. Dit komt echter niet overeen met de eerder door haar afgelegde verklaringen, waarin zij zich op het standpunt stelde dat de beide transacties volgens de bank gewoon zouden zijn uitgevoerd.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat op het betalingsbewijs van 21 december 2013 ten bedrage van € 36,24 staat vermeld dat sprake is van een afgeboekt bedrag. Tevens is vermeld dat de betaling op 20 november 2013 zou zijn verricht. Indien daadwerkelijk sprake zou zijn van een door de bank afgekeurde transactie, dan is het wel erg vreemd dat het transactieoverzicht één maand ná de afboeking nog steeds rept over een afgeboekt bedrag in plaats van een afgekeurde overboeking. Ten aanzien van het betalingsbewijs van 3 maart 2014 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in de koptekst hiervan staat vermeld dat het om een overzicht gaat binnen de categorie 'Bij- en afschrijvingen'. Een afschrijving houdt in dat sprake is van een uitgevoerde en door de bank goedgekeurde transactie. Daarnaast bevat dit overzicht een onjuistheid. Het saldo vóór de betaling bedroeg € 312,29. Het aantal afschrijvingen op het afschrift was één, en er waren geen bijschrijvingen. Het saldo zou daarom ná de betaling van € 56,68 nog € 255,61 moeten zijn. Volgens het afschrift was dit echter € 294,41. Bovendien ontbreekt bij de betaling de valuta-aanduiding. Dat het gaat om euro's is evident, maar de valuta waarin wordt betaald, hoort wel degelijk op het afschrift te worden vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond hiervan geconcludeerd dat het afschrift niet authentiek is, en derhalve is gemanipuleerd.
- 5.6. Omdat het de ziektekostenverzekeraar destijds vreemd voorkwam dat de betalingen van verzoekster niet waren ontvangen, heeft hij contact opgenomen met de bank van verzoekster. Op

31 maart 2017 heeft een medewerker van de bank aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de op de 'betaalbewijzen' vermelde transacties van 20 november 2013 en 3 maart 2014 nooit hebben plaatsgevonden, en dat de overgelegde betaalbewijzen zijn gemanipuleerd. Er is dus nooit sprake geweest van een betaaloverzicht dat naderhand is verwijderd. De overgelegde betaaloverzichten hebben in het systeem van de bank nooit bestaan.

- 5.7. Ten aanzien van het beroep van verzoekster op de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek merkt de ziektekostenverzekeraar op dat geen sprake was van een persoonlijk onderzoek maar van een feitenonderzoek, en dat derhalve ook geen sprake kan zijn van schending van voornoemde code. De enkele navraag bij de bank maakt niet dat sprake is geweest van inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van verzoekster.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 750,- aan onderzoekskosten bij verzoekster in rekening gebracht. Bij het opleggen van dit bedrag speelde de hoogte van de bedragen waarmee is gefraudeerd geen enkele rol. De ziektekostenverzekeraar heeft de ernst van het gepleegde feit beoordeeld en rekening gehouden met het aantal manuren dat het onderzoek heeft geleverd. Het aantal manuren is berekend op minimaal honderd; het werkelijke aantal uren ligt evenwel veel hoger. Aan dit dossier hebben specialisten, juristen en leidinggevenden gewerkt. Uitgaande van het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde gemiddeld uurtarief van € 75,- bedragen de daadwerkelijk gemaakte onderzoekskosten minimaal € 7.500,-. Hiervan is uiteindelijk slechts een fractie aan verzoekster doorberekend.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij aanvankelijk niet aan fraude heeft gedacht. De insteek was dat er iets was misgegaan met de betalingen. Dit gebeurt meerdere keren per dag, dus uitzonderlijk was dit niet. Pas nadat bij de echtgenoot van verzoekster een vergelijkbare situatie speelde, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de bedragen van € 36,24 en € 56,68 nader te onderzoeken. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat in deze kwestie hoor en wederhoor correct zijn toegepast. Verzoekster heeft het contact evenwel zoveel mogelijk afgehouden. Daarnaast gevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat nog geen aangifte is gedaan en dat ook de registratie in het EVR nog niet heeft plaatsgevonden. Anders zouden, indien de commissie van oordeel is dat geen sprake is van fraude, deze verregaande maatregelen weer moeten worden teruggedraaid. Omdat nog niet is geregistreerd, heeft de ziektekostenverzekeraar de termijn van de registratie nog niet vastgesteld. Ter zake van de gevorderde onderzoekskosten handhaaft de ziektekostenverzekeraar dat hij zeer veel kosten heeft gemaakt voor het onderzoek. Het gevorderde bedrag van € 750,- is daarom alleszins redelijk. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat voor hem vaststaat dat de betalingsbewijzen zijn vervalst. Mensen doen weliswaar domme dingen in hun leven, maar kunnen berouw tonen. Dit doet verzoekster echter niet. Het gevaar van recidive ligt dan ook op de loer. De verklaringen die de ziektekostenverzekeraar vandaag heeft gehoord, zijn niet anders te benoemen dan als "evidente onzin".
- 5.10. Bij brief van 29 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat de onderzoekskosten die door hem zijn gemaakt totaal € 3.700,- bedragen. Een specificatie van de betreffende kosten heeft de ziektekostenverzekeraar meegezonden. De ziektekostenverzekeraar vordert ter zake € 750,- van verzoekster. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij, in afwijking van hetgeen door hem ter zitting is verklaard, de persoonsgegevens van verzoekster al heeft opgenomen in het EVR, en dat voor de duur van acht jaren.

5.11. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

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

zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn het door de ziektekostenverzekeraar registreren van de persoonsgegevens van verzoekster in het interne Incidentenregister, de opname van haar gegevens in het EVR, de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, en de hoogte van de gevorderde onderzoekskosten.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

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

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

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

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

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

- a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;*
- b. zullen wij een onderzoek (laten) instellen om ons vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek schorten wij onze verplichting tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s) op;*
- c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;*
- d. hebben wij bij vastgestelde fraude en/of misleiding het recht de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;*
- e. zullen wij intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij Justitie;*
- f. zullen wij gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten.*

*Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, zoals een verzekerde of een derde."*

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

*"Het opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst betrokken personen en organisaties en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen."*

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

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

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

*b. zal de Verzekeraar een onderzoek (laten) instellen om het vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek wordt de verplichting tot uitbetaling van de vergoeding van de declaratie(s) opgeschort;*

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

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

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

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

9. Beoordeling van het geschil

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

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

9.3. In artikel 1 van de zorgverzekering is fraude als volgt gedefinieerd: *"Het opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst betrokken personen en organisaties en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen."* In artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is een zelfde definitie van fraude opgenomen.

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

9.4. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen – en bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat de betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de verzekeraar op het verkeerde been te zetten.



- 9.5. In dit verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang. Onweersproken is dat verzoekster eind 2013 respectievelijk begin 2014 bedragen van € 36,24 en € 56,68 was verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar ter zake van het eigen risico 2013, en dat de ziektekostenverzekeraar haar hiervoor nota's heeft gestuurd. Nadat door de ziektekostenverzekeraar betalingsherinneringen waren verstuurd, heeft verzoekster op 21 december 2013 respectievelijk 20 maart 2014 aan de ziektekostenverzekeraar betalingsbewijzen gezonden waaruit zou blijken dat de betreffende betalingen reeds waren verricht. Voorts is gebleken dat voornoemde bedragen niet door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen. Verzoekster heeft dit nadien erkend en zij heeft aangeboden de betreffende bedragen alsnog te betalen.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar is bij het onderzoeken van mogelijke fraudegevallen gebonden aan de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek van het Verbond van Verzekeraars. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar voornoemde gedragscode heeft geschonden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is daarentegen geen sprake geweest van een persoonlijk onderzoek, terwijl - indien dit wel het geval zou zijn - een uitsluitreden van toepassing is. In de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek wordt een feitenonderzoek als volgt gedefinieerd: *"Het onderzoek dat wordt ingesteld naar de feiten, omstandigheden en gedragingen van betrokkene die nodig zijn voor de beoordeling van een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, schademelding of andere aanspraak op uitkering of prestatie."* De definitie van een persoonlijk onderzoek luidt: *"Het onderzoek, volgend op een feitenonderzoek, naar gedragingen van betrokkene waarbij bijzondere onderzoeksmethoden en of bijzondere onderzoeksmiddelen worden gebruikt, dat inbreuk maakt of kan maken op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene."* Gezien de bovenstaande definities behoort het navragen bij de eigen bank of een bepaalde betaling op de eigen rekening is ontvangen nog tot het feitenonderzoek. Het kantelpunt van het feitenonderzoek naar het persoonlijk onderzoek ligt in dit geval bij het - tegen de achtergrond van een vermoeden van fraude - navragen bij de bank of de betreffende betaling is afgeschreven van een rekening die niet van de ziektekostenverzekeraar is. Relevant hierbij is dat de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de bedragen van € 36,24 en € 56,68 aanvankelijk had besloten af te zien van verdere incasso. Naar aanleiding van een vergelijkbaar incident met de partner van verzoekster is besloten de betalingsbewijzen toch nader te onderzoeken en bij de bank hierover navraag te doen. Deze navraag had echter, anders dan in het geschil met de partner van verzoekster, van meet af aan dus een andere insteek, namelijk het vermoeden van fraude en niet het controleren of de beide betalingen wellicht verkeerd waren geboekt. Die controle was immers een gepasseerd station. Hierbij merkt de commissie nog op dat in het midden kan blijven of het verstrekken van (financiële) gegevens door de bank mogelijk in strijd is met de geldende privacywetgeving omdat de bank geen partij is bij het onderhavige geschil. Op het punt van de eventueel onrechtmatig verkregen informatie wordt hierna nog ingegaan. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat in de onderhavige situatie sprake is geweest van het starten van een persoonlijk onderzoek.
- 9.7. Op grond van artikel 9.1 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek dient de verzekeraar, voordat hij informatie gaat inwinnen bij derden, betrokkene hierover te informeren. Dit is de hoofdregel. In artikel 9.4 van deze code is een uitzondering opgenomen: de melding, dat een persoonlijk onderzoek is ingesteld, blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van één of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a tot en met e van de Wet bescherming persoonsgegevens (a. de veiligheid van de staat; b. de voorkoming, opsporing en vervolging van strafbare feiten; c. gewichtige economische en financiële belangen van de staat en andere openbare lichamen; d. het toezicht op de naleving van wettelijke voorschriften die zijn gesteld ten behoeve van de belangen, bedoeld onder b en c, of e. de bescherming van de betrokkene of van de rechten en vrijheden van anderen). Verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar niet vooraf geïnformeerd dat informatie zou worden ingewonnen bij de bank. Dat een uitsluitreden van toepassing is, te weten dat sprake is van de voorkoming, opsporing en vervolging van een strafbaar feit (fraude), ziet de commissie niet in. De

ziektekostenverzekeraar beschikte over de betalingsbewijzen uit 2013 en 2014 waarvan hij op het moment van het onderzoek (2017) al vermoedde dat deze gemanipuleerd waren en verzoekster had, indien zij dit zou willen, geen mogelijkheid (meer) de sporen van haar eventueel frauduleus handelen uit te wissen door stukken te verduisteren of verklaringen te wijzigen dan wel af te stemmen. Hieruit volgt dat het beroep op de uitsluitreden niet opgaat. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve ten onrechte niet aan verzoekster gemeld dat een persoonlijk onderzoek naar haar was ingesteld. De commissie stelt vast dat de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek hieraan geen consequenties verbindt.

De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 18 april 2014 (ECLI:NL:HR:2014:942) in dit kader bepaald dat, gelet op inhoud en opzet van de Gedragscode, tot uitgangspunt kan worden genomen dat indien een verzekeraar in strijd met de code handelt, sprake is van een ongerechtvaardigde en derhalve onrechtmatige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde. Een inbreuk op het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer bij afwezigheid van een rechtvaardigingsgrond is daarom onrechtmatig, en het met die inbreuk verkregen bewijsmateriaal moet als onrechtmatig verkregen worden aangemerkt. Echter, in een civiele procedure geldt niet als algemene regel dat de rechter (en in dit geval de commissie) op onrechtmatig verkregen bewijs geen acht mag slaan. Slechts indien sprake is van bijkomende omstandigheden is terzijdelegging van dat bewijs gerechtvaardigd. De commissie is van oordeel dat in de onderhavige situatie geen sprake is van dergelijke bijkomende omstandigheden, daarom wordt het verkregen bewijs in deze procedure toegelaten.

- 9.8. Verzoekster heeft ter verklaring aangevoerd dat zij de betalingen destijds weliswaar heeft verricht, maar dat deze later door de bank werden afgekeurd of teruggestort. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat op de door verzoekster toegestuurde betalingsbewijzen staat vermeld dat het uitgevoerde transacties betreft. Van terugstorting op een later moment kan daarom geen sprake zijn. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar specifiek ten aanzien van het betalingsbewijs van € 56,68 aangevoerd dat het vóór en ná saldo niet strookt met het uitgevoerd zijn van voornoemde betaling. De commissie stelt vast dat deze stelling van de ziektekostenverzekeraar juist is en dat verzoekster het verschil niet heeft verklaard, hoewel dit in de rede lag. Daarnaast staat vast dat op of omstreeks 21 december 2013 respectievelijk 3 maart 2014 geen betaling van € 36,24 respectievelijk € 56,68 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, terwijl volgens de door verzoekster overgelegde betalingsbewijzen de beide transacties waren uitgevoerd. Ook van de door haar gestelde terugstortingen heeft verzoekster geen bewijs aangeleverd, terwijl dit op haar weg lag. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat verzoekster twee gemanipuleerde betalingsbewijzen aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden teneinde aan te tonen dat de verschuldigde bedragen van € 36,24 respectievelijk € 56,68 op of omstreeks 21 december 2013 respectievelijk 3 maart 2014 aan de ziektekostenverzekeraar werden voldaan. Dit is aan te merken als fraude zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.

### Registratie EVR

- 9.9. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar een verzekerde die zich aan fraude schuldig heeft gemaakt registreren in zowel het interne Incidentenregister als het EVR. Hoewel de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij verzoekster nog niet heeft geregistreerd in het EVR, heeft hij bij brief van 29 juni 2018 de commissie bericht dat de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van acht jaren hierin zijn opgenomen. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat opname van persoonsgegevens in het EVR slechts gerechtvaardigd is indien zij in overeenstemming is met de destijds geldende Wet Bescherming Persoonsgegevens (thans de Algemene Verordening Gegevensbescherming) en het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: het Protocol). Artikel 5.2.1., onder a en b, van het Protocol bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Het moet gaan om gedragingen van de betrokkene die een bedreiging vormen, vormen en kunnen vormen voor de (financiële) belangen van een financiële instelling, alsmede voor de continuïteit en integriteit van de financiële sector. De strafrechtelijke aard van de te verwerken gegevens brengt mee dat deze gegevens in voldoende mate moeten vaststaan.

Indien wordt vastgesteld dat sprake is van fraude staat het de verzekeraar op grond van artikel 8, onder f, Wpb, thans artikel 6, onder f, AVG, en artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol vrij de persoonsgegevens op te nemen in het EVR. De commissie overweegt dat ingevolge artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol de verzekeraar bij de registratie van persoonsgegevens in het EVR het zogenoemde proportionaliteitsbeginsel in acht dient te nemen. Dat wil zeggen dat het belang van verzekeraar bij registratie moet worden afgewogen tegen de nadelige gevolgen daarvan voor de consument. Daarnaast dient de betrokkene die verwijdering van een registratie wenst te onderbouwen op grond waarvan hij disproportioneel wordt geraakt in zijn belangen en waarom zijn belang prevaleert boven dat van verzekeraar. De commissie stelt vast dat verzoekster in dit verband enkel heeft aangevoerd dat zij disproportioneel is geraakt door de registratie. Een onderbouwing van haar stelling heeft verzoekster niet gegeven. Gelet op het feit dat de commissie hiervoor onder 9.8 tot het oordeel is gekomen dat in de onderhavige situatie gesproken kan worden van fraude en verzoekster haar stelling niet heeft onderbouwd, mocht de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster opnemen in beide registers. Naast de vraag of de persoonsgegevens van verzoekster mochten worden geregistreerd, dient in het kader van de vraag voor welke duur registratie hiervan mag plaatsvinden eveneens de proportionaliteit te worden getoetst.


- 9.10. Als gezegd heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 juni 2018 verklaard dat hij de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van acht jaren heeft geregistreerd in het EVR. In reactie hierop heeft verzoekster betoogd dat de duur van deze registratie buitenproportioneel is. Uit verschillende uitspraken van het Kifid (onder andere nr. 2018-389) blijkt dat sommige verzekeraars voor de beantwoording van de vraag welke periode van registratie proportioneel is, werken met een zogenoemde proportionaliteitsmatrix van feiten en omstandigheden die in een voorliggend geval een rol spelen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in deze procedure niet op een dergelijke matrix beroepen. Niet gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de opgelegde periode van registratie heeft getoetst aan het vereiste van proportionaliteit. De commissie overweegt dat voor de bepaling van de duur van de registratie verzwarende en verlichtende omstandigheden van belang zijn. Als verzwarende omstandigheden worden aangemerkt dat verzoekster ook na confrontatie met het bewijs van de fraude deze blijft ontkennen en geen inzicht toont in de ernst en omvang van haar gedragingen. Als verlichtende omstandigheden neemt de commissie in aanmerking dat de fraude twee relatief kleine bedragen betreft, die nadien door verzoekster alsnog is betaald, en dat de ziektekostenverzekeraar zonder kennisgeving verzoekster heeft geregistreerd voor de maximale duur van acht jaren. Gelet hierop bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker voor de duur van vier jaren mag registreren in het Incidentenregister en het EVR.

### Onderzoekskosten


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

### Conclusie


- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen voor zover het betreft de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster en de van haar gevorderde onderzoekskosten ten bedrage van € 750,--.




Voor zover het verzoek betrekking heeft op de duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister en het EVR wordt het gedeeltelijk toegewezen, in die zin dat deze wordt beperkt tot vier jaren.



9.13. Hoewel het verzoek deels wordt toegewezen, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat het betaalde entreegeld voor rekening van verzoekster blijft.



10. Tussenuitspraak




10.1. De commissie:

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



Zeist, 19 september 2018,



G.R.J. de Groot