

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202302362

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat hij geen fraude heeft gepleegd. Daarnaast heeft hij de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aan hem opgelegde maatregelen per direct op te heffen en dat het bedrag van € 517,50 ter zake van de onderzoekskosten niet van hem mag worden gevorderd. Verder heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verschillende schadeposten te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan fraude, hetgeen de door hem opgelegde maatregelen rechtvaardigt. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker onder valse voorwendselen geprobeerd een verzekeringsdekking te verkrijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft de door hem opgelegde maatregelen onderbouwd.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering de vraag: "Verwacht u een of meer van de volgende behandelingen?" met "nee" heeft beantwoord. Mede op basis hiervan is de aanvullende ziektekostenverzekering tot stand gekomen. Vervolgens is gebleken dat verzoeker voorafgaand aan het afsluiten van deze verzekering al beschikte over een begroting van een kaakchirurg voor het aanbrengen van een implantaat, een behandeling die expliciet is genoemd bij de hiervoor aangehaalde vraag. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat verzoeker voornemens was de behandeling te ondergaan, en dat hij wist, althans behoorde te weten dat hij deze had moeten vermelden bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiermee heeft verzoeker de op hem rustende mededelingsplicht geschonden en was de ziektekostenverzekeraar gerechtigd de aanvullende ziektekostenverzekering per 20 april 2023 te beëindigen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar maatregelen opgelegd die betrekking hebben op fraude. De ziektekostenverzekeraar is er evenwel niet in geslaagd concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het vereiste opzet tot misleiden blijkt. Nu fraude niet is bewezen, bestaat geen grondslag voor de opgelegde maatregelen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 28 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 26 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 26 april 2024, aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tandoptimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering AV Standaard zijn niet in geschil en blijven hierna verder onbesproken.
- 3.2. Met ingang van het jaar 2023 heeft verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, waartoe door hem enkele gezondheidsvragen werden beantwoord. Op 10 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een begroting, gedateerd 4 oktober 2022, voor onder meer het aanbrengen van een implantaat, van verzoeker ontvangen, met de vraag of de in de begroting opgenomen posten onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen.
- 3.3. Op 9 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per brief geïnformeerd dat hij een onderzoek is gestart naar de aanvraag. Hierbij heeft hij verzoeker in de gelegenheid gesteld uitleg te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geen reactie ontvangen.
- 3.4. Bij brief van 20 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de uitkomst van zijn onderzoek met verzoeker gedeeld. Op basis van zijn bevindingen heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker de volgende maatregelen opgelegd:
 - beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering per 20 april 2023;
 - inschrijving van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie tot 20 april 2031
 - opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het Incidentenregister tot 9 februari 2031;
 - opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het Interne Verwijzingsregister (hierna: IVR) tot 20 april 2031;
 - opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR) tot 20 april 2024;
 - verhaal van de onderzoekskosten ten bedrage van € 517,50 op verzoeker.
- 3.5. Met zijn e-mailbericht van 15 mei 2023 heeft verzoeker alsnog gereageerd. Op 7 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een e-mailbericht gestuurd, waarin hij zijn conclusies meedeelt en toelicht. Bij e-mailbericht van 8 juni 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. In zijn brief van 13 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn conclusies handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat hij geen fraude heeft gepleegd. Daarnaast heeft hij de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aan hem opgelegde maatregelen per direct op te heffen en dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 517,50 ter zake van de onderzoekskosten niet van hem mag vorderen. Verder heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door hem geleden schade te vergoeden, bestaande uit:

- een bedrag van € 85,- per maand, vanaf augustus 2023, voor zijn autoverzekering;
- vergoeding van de schade aan zijn auto, die nu niet meer wordt gedekt, omdat hij geen All- risk verzekering meer heeft, bestaande uit een barst in de voorruit en een afgebroken deurgreep;
- vergoeding van de door hem gemaakte tandartskosten sinds januari 2023;
- vergoeding van de uren die hij heeft besteed aan dit geschil;
- vergoeding voor het niet kunnen afsluiten van een brilverzekering voor zijn drie nieuwe brillen;
- vergoeding voor het feit dat hij geen toercaravan heeft kunnen kopen, omdat hij de verzekering daarvan niet kon betalen;
- vergoeding voor een beperking in zijn mogelijkheden om te solliciteren, vanwege de CIS-melding;
- vergoeding voor de door hem geleden emotionele schade.

4.2. Verzoeker heeft in zijn brief van 28 februari 2024 toegelicht dat hij al ongeveer tien jaar een kies mist. Medio 2022 heeft hij, in overleg met zijn tandarts, besloten ter plaatse een implantaat te laten aanbrengen. Hiervoor heeft de kaakchirurg in oktober 2022 een begroting opgesteld. Destijds bestond evenwel geen noodzaak om een implantaat aan te brengen. Het was volgens verzoeker een 'luxeprobleem' en de tandheelkundige behandeling had ook nog een jaar kunnen worden uitgesteld. Eind 2022 heeft verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Hij twijfelde of de voorgenomen behandeling voor vergoeding in aanmerking zou komen. Om die reden heeft hij, binnen de geldende bedenktijd, contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om hiervan een bevestiging te krijgen. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker toen gevraagd daartoe de begroting van de kaakchirurg aan te leveren. Uiteindelijk heeft deze medewerker telefonisch bevestigd dat de tandheelkundige behandeling zou worden vergoed. Hiervan heeft verzoeker op 17 februari 2023 een schriftelijke bevestiging ontvangen.

De aangeleverde begroting was voor de ziektekostenverzekeraar vervolgens aanleiding om een fraudeonderzoek te starten. Dit is voor verzoeker onbegrijpelijk. Hij heeft de begroting immers niet als declaratie ingediend, maar juist omdat de ziektekostenverzekeraar hierom vroeg. Als verzoeker geen telefonisch contact had opgenomen en de begroting niet had aangeleverd, was er geen aanleiding geweest voor het fraudeonderzoek. Wellicht had verzoeker dan later geïnformeerd of de voorgenomen behandeling zou worden vergoed. Indien dit niet het geval zou zijn, kon de behandeling ook later worden uitgevoerd.

Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker de vraag op het aanvraagformulier naar te verwachten behandelingen onjuist beantwoord. Hiervan is verzoeker zich echter niet bewust geweest. Het is ook mogelijk dat dit de reden is dat hij de aanspraak op vergoeding van de tandheelkundige behandeling wilde controleren binnen de geldende bedenktijd van veertien dagen. In een whatsappgesprek op 9 januari 2023 met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker zijn intentie duidelijk aangegeven. Verzoeker merkt in dit gesprek het volgende op: *"Ik heb nog enkele dagen om mijn overstap naar jullie te annuleren dus graag zsm. uw reactie, alvast bedankt en een prettige dag"*.

Verzoeker heeft verder toegelicht dat zijn te behalen nettowinst door de overstap naar de ziektekostenverzekeraar nihil was. In het verleden was hij voor tandheelkundige kosten verzekerd tot een bedrag van € 750,- bij een andere verzekeraar. De aanvullende ziektekostenverzekering bood dekking tot een bedrag van € 1.000,- voor tandheelkundige kosten. Hiervan moet de hogere premie die verzoeker betaalt nog worden afgehaald.

Door de opgelegde maatregelen is verzoeker financieel benadeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 517,50 op hem verhaald. Daarnaast is hij aangewezen op een WA

autoverzekering waarvoor hij een bedrag van € 117,- aan premie per maand moet betalen, in plaats van de door hem aangevraagde All-risk autoverzekering voor een bedrag van € 32,- per maand aan premie.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat sprake is van verzekeringsfraude bij opzettelijke misleiding. In dit geval ontbreekt het opzet. Verzoeker heeft verklaard dat hij denkt dat hij de vraag onjuist heeft beantwoord. Of dit bewust is gebeurd weet hij niet meer. Volgens de ziektekostenverzekeraar kon de overeenkomst niet tot stand komen als hij de vraag met 'ja' had beantwoord. Er is geen moment geweest waarop verzoeker het gevoel kreeg dat hij iets niet goed had gedaan bij de aanvraag. Later heeft hij wel aan de begroting gedacht, maar bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft hij hier niet bij stilgestaan. In het voorgaande jaar was verzoeker bij een andere verzekeraar verzekerd. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook ten onrechte gesteld dat verzoeker geen uitgebreide tandartsverzekering had. Verzoeker had destijds een aanvullende verzekering met een dekking voor tandartskosten tot € 750,-. Bij de aanvraag hiervoor hoefde hij geen medische vragen te beantwoorden. Die verzekering bood echter geen dekking voor fysiotherapie en daarom wilde verzoeker overstappen. De aanvullende ziektekostenverzekering bleek ook een hogere tandartsdekking te bieden.
- Binnen twee weken na de aanvraag heeft verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te vragen of een bepaalde tandheelkundige behandeling zou worden vergoed. Hierbij heeft hij duidelijk uitgelegd dat hij ervoor kon kiezen om de overstap stop te zetten, als deze behandeling niet zou worden vergoed. De behandeling was namelijk niet noodzakelijk en kon worden uitgesteld. De betreffende kies ontbreekt immers al tien jaar. In zijn brief van 26 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat door het indienen van de begroting twijfel ontstond of de medische selectievragen naar waarheid waren ingevuld en dat daarom een fraudemelding is gedaan. Echter, op 10 januari 2023 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gevraagd om deze begroting voor te leggen, zodat kon worden onderzocht of vergoeding van de behandeling mogelijk was. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de behandeling werd vergoed. Dit blijkt ook uit de brief van 17 februari 2023. Als verzoeker fraude had willen plegen, had hij geen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en had hij de begroting niet ingediend. De overstap zou hem weinig financieel voordeel opleveren. De bestaande aanvullende verzekering bood namelijk dekking tot € 750,- en de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering was hoger. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar dus niet bewust misleid.
- Verder heeft verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar hem had moeten informeren dat het indienen van de begroting en de overstap aanwijzingen voor fraude konden zijn. Verzoeker had met het indienen van de begroting uitsluitend de bedoeling om te controleren of de behandeling werd vergoed. Als dat niet het geval zou zijn, zou hij niet overstappen. Hieruit blijkt dat hij geen fraude wilde plegen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan fraude, hetgeen de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering en de door hem opgelegde maatregelen rechtvaardigt.
- 5.2. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn brief van 26 april 2024 toegelicht dat voor de aanvullende ziektekostenverzekering een tandheelkundige selectie geldt. Dit betekent dat kandidaat- verzekerden slechts tot de verzekering worden toegelaten als aan enkele medische voorwaarden wordt voldaan. Op 31 december 2022 heeft verzoeker de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering via een online aanvraagformulier ingediend. Aan dit aanvraagformulier zit een beslisboom gekoppeld. Indien de kandidaat-verzekerde op dit formulier vermeldt een tandheelkundige behandeling te verwachten, dan kan de aanvullende ziektekostenverzekering niet worden afgesloten. Op het aanvraagformulier wordt expliciet gevraagd: "Verwacht u één of meer van de volgende behandelingen?(...) *Implantaat Ja/Nee*".

Verzoeker heeft deze vraag met "nee" beantwoord. Als gevolg hiervan is hij toegelaten tot de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker was echter al vanaf 4 oktober 2022 in het bezit van een uitgebreide begroting voor een implantaatbehandeling. Hij verwachtte op 31 december 2022 dus wel degelijk een implantaatbehandeling. Hij heeft de vraag dan ook onjuist beantwoord. Indien hij de vraag juist zou hebben beantwoord, zou de ziektekostenverzekeraar hem de aanvullende ziektekostenverzekering niet hebben aangeboden.

Op 9 januari 2023 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Met name heeft hij gevraagd of zijn voorgenomen behandeling, waarvan hij reeds een begroting had laten maken, zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft gewezen op de algemene vergoedingsvoorwaarden en verzocht de begroting toe te sturen, zodat aan de hand daarvan meer specifieke informatie kon worden gegeven. Op 10 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de begroting ontvangen. Hierbij is het hem opgevallen dat de begroting was gedateerd op 4 oktober 2022. Hierdoor ontstond twijfel of verzoeker bij zijn aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering de medische selectievragen wel naar waarheid had beantwoord. Om die reden is een fraudemelding gedaan en is uiteindelijk nader onderzoek uitgevoerd. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar vastgesteld dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan verzekeringsfraude. Verzoeker heeft namelijk onder valse voorwendselen geprobeerd een verzekeringsdekking te verkrijgen.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat van het opzet tot misleiding bij het afsluiten van een verzekering sprake is als een verzekerde feiten of omstandigheden niet aan de verzekeraar heeft medegedeeld, die hij kent (of behoort te kennen) en waarvan hij weet (of behoort te begrijpen) dat die doorslaggevend zijn voor de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen afsluiten.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is de op het aanvraagformulier gestelde vraag helder en niet vatbaar voor een andere interpretatie. Bovendien volgt uit het feit dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt afgesloten op de grondslag van dit door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde aanvraagformulier, dat verzoeker wist, of behoorde te weten, dat het gegeven antwoord doorslaggevend is voor de vraag of, en zo ja, onder welke voorwaarden de aanvullende ziektekostenverzekering kon worden afgesloten. Het was bovendien de intentie van verzoeker om een hogere dekking voor mondzorg te verkrijgen, daarom was hij immers overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft dan ook gehandeld met de bedoeling de ziektekostenverzekeraar te bewegen tot het aangaan van een overeenkomst, die de ziektekostenverzekeraar bij een juiste weergave van de feiten niet had afgesloten. Dit leidt tot de conclusie dat verzoeker heeft gehandeld met het opzet tot misleiding.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij is aangesloten bij het Protocol Incidenten- waarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI). Daarnaast houdt hij een Incidentenregister bij, waarin incidenten worden omschreven met vermelding van de persoonsgegevens van de betrokkene(n). Alleen medewerkers van de afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar hebben toegang tot dit systeem en pas na een zorgvuldige belangenafweging kunnen betrokkenen worden opgenomen in het Incidentenregister. Voor opname in het Incidentenregister is (uitsluitend) vereist dat sprake is van een incident. Blijkens artikel 2 van het PIFI wordt daaronder verstaan: *"een gebeurtenis die als gevolg heeft, zou kunnen hebben of heeft gehad dat de belangen, integriteit of veiligheid van de cliënten of medewerkers van een Financiële Instelling, de Financiële Instelling zelf of de financiële sector als geheel in het geding zijn of kunnen zijn, zoals het falsificeren van nota's, identiteitsfraude, skimming, verduistering in dienstbetrekking, phishing en opzettelijke misleiding."* Volgens de ziektekostenverzekeraar is in de situatie van verzoeker sprake van een incident als bedoeld in het PIFI. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar opzettelijk misleid bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. De registratie van zijn persoonsgegevens in het Incidentenregister is dus gerechtvaardigd. De ziektekostenverzekeraar kan daarnaast besluiten om andere aangesloten financiële instellingen te waarschuwen door de persoonsgegevens van de persoon die bij het incident was betrokken, op te nemen in het EVR, een systeem waartoe alle bij het PIFI aangesloten instellingen toegang hebben. Ook hiervoor geldt dat een zorgvuldige belangenafweging wordt gemaakt. Medewerkers van andere financiële instellingen kunnen via het EVR achterhalen of er over een

persoon een melding is opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident bij hem opvragen. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de ziektekostenverzekeraar, maar ook andere financiële instellingen hun diensten aan de betrokkene kunnen weigeren.

Beide registers hebben dus (een zekere) externe werking, waarbij geldt dat opname in het Incidentenregister minder vérstrekkend is dan een melding in het EVR. Voor opname in het EVR gelden de navolgende criteria:

- "(a) de gedraging(en) van de (rechts)persoon vormden, vormen of kunnen een bedreiging vormen voor (I) de (financiële) belangen van cliënten en/of medewerkers van een Financiële instelling, alsmede de (Organisatie van de) Financiële instelling(en) zelf of (II) de continuïteit en/of de integriteit van de financiële sector;*
- (b) in voldoende mate staat vast dat de betreffende (rechts)persoon betrokken is bij de onder a bedoelde gedraging(en). Deze vaststelling betekent dat van strafbare feiten in principe aangifte of klacht wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar;*
- (c) het proportionaliteitsbeginsel wordt in acht genomen. Dit houdt in dat Veiligheidszaken vaststelt, dat het belang van opname in het Externe Verwijzingsregister prevaleert boven de mogelijk nadelige gevolgen voor de Betrokkene als gevolg van opname van zijn Persoonsgegevens in het Extern Verwijzingsregister."*

De Hoge Raad heeft in het arrest van 25 mei 2009 (ECLI:NL:HR:2009:BH4720) als voorwaarde gesteld dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld dienen op te leveren, in die zin dat de te verwerken strafrechtelijke persoonsgegevens in voldoende mate moeten vaststaan.

Met betrekking hiertoe geldt dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar opzettelijk heeft misleid bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze gedraging van verzoeker vormt een bedreiging voor zowel de ziektekostenverzekeraar als de financiële sector als geheel. Bovendien erkent verzoeker de vraag onjuist te hebben ingevuld. Dit brengt mee dat aan de vereisten voor registratie in het EVR, zoals genoemd in artikel 5.2.1, onderdeel a en b, PIFI, is voldaan. Daarnaast is er sprake van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan het verstrekken van valse gegevens zoals bedoeld in artikel 227a van het Wetboek van Strafrecht (Sr) en/of poging tot oplichting zoals bedoeld in artikel 326 Sr.

Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de registratie in het EVR aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Het doel van de registratie is om andere financiële instellingen erop te attenderen dat er in het verleden met betrekking tot de consument iets aan de hand is geweest op het gebied van verzekeringsfraude. Dat doel is in dit geval niet met een minder zwaar middel te bereiken dan met een vermelding in het EVR. Verder is het proportioneel dat de gegevens van verzoeker in het EVR zijn opgenomen. Hij heeft zich immers schuldig gemaakt aan verzekeringsfraude en andere financiële instellingen moeten daartegen beschermd worden.

Het is tevens proportioneel dat verzoeker hiervan voor de duur van een jaar hinder ondervindt. De registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het EVR is dus gerechtvaardigd. Door de EVR-registratie worden financiële instellingen één jaar lang actief op de hoogte gebracht van het incident waardoor de sector pro-actief wordt beschermd tegen integriteitsrisico's. Het is echter van belang dat ook na deze termijn de financiële sector en andere instellingen kunnen worden geïnformeerd en/of beschermd tegen integriteitsrisico's/criminele activiteiten door desgevraagd informatie te delen. Personen die misbruik maken van het financiële stelsel beperken hun activiteiten zelden tot één instelling. Er bestaat risico op herhaling bij andere instellingen. Indien zich een incident voordoet bij een andere bij het PIFI aangesloten instelling én deze instelling ziet zelf aanleiding om de ziektekostenverzekeraar daarover te bevragen (het EVR geeft daar immers geen aanleiding meer toe), maakt de registratie in het Incidentenregister het mogelijk om conform het PIFI informatie te delen over het eerdere incident.

Ook de registratie in het Incidentenregister voldoet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Het doel van deze registratie is het ondersteunen van activiteiten gericht op het waarborgen van de veiligheid en de integriteit van de financiële sector. Opname van gegevens in het Incidentenregister maakt het mogelijk om deze gegevens op een met waarborgen van privacy omgeven wijze te delen met andere financiële instellingen. Dat doel is niet met een minder zwaar middel te bereiken.

De impact van de registratie van de gegevens in het Incidentenregister is voor verzoeker relatief beperkt. Er kunnen pas gegevens worden gedeeld als zich een ander incident voordoet bij

een derde partij en die derde partij voldoende aanleiding ziet om de ziektekostenverzekeraar daarover te bevragen. Gezien de dreiging, die de gedraging van verzoeker vormt voor de financiële sector en de relatief beperkte impact voor hem, acht de ziektekostenverzekeraar een registratie in het Incidentenregister voor de duur van acht jaren proportioneel.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij naast een klantadministratie, waarin klantgegevens worden ingeschreven, een Gebeurtenissenadministratie heeft, waarin gebeurtenissen worden vastgelegd die van belang zijn voor zijn veiligheid en integriteit. De vastgelegde 'gebeurtenissen' zijn gegevens van feitelijke aard met een uiteenlopend karakter, variërend van klachten van verzekerden tot screeningsverzoeken en gegevens over gepleegde fraude. De Gebeurtenissenadministratie is alleen te raadplegen door medewerkers van de afdeling Speciale Zaken, niet door andere medewerkers en evenmin door medewerkers van een andere financiële instelling.
- De afdeling Speciale Zaken beslist na een belangenafweging of de gegevens in de Gebeurtenissenadministratie leiden tot een vermelding in het IVR van de ziektekostenverzekeraar. Het IVR fungeert als intern waarschuwingssysteem voor veiligheidsrisico's. Een dergelijke registratie is uitsluitend zichtbaar voor medewerkers van de Achmea-groep, op basis van het principe 'hit/no hit'. De medewerkers die het register raadplegen krijgen de reden van de registratie niet te zien, maar dienen bij een melding contact op te nemen met de afdeling Speciale Zaken, die adviseert over de te nemen beslissing.
- De Gebeurtenissenadministratie en het IVR vormen het interne waarschuwingssysteem van de ziektekostenverzekeraar en de groep waarvan hij deel uitmaakt.
- Op opname in de registers zijn de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (UAVG) van toepassing. Hiervóór is vastgesteld dat tegen verzoeker een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan strafbare feiten bestaat. Een vaststelling die, op grond van artikel 33, tweede lid, onderdeel b, UAVG ook voldoende is om de registratie in de interne registers te handhaven.
- De ziektekostenverzekeraar acht voor deze registraties de duur van acht jaren proportioneel. Voorop staat hierbij dat de registraties in het IVR en de Gebeurtenissenadministratie zuiver intern zijn. De registraties hebben tot gevolg dat de consument niet langer gebruik kan maken van de diensten van de Achmea-groep. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker een bijzonder belang heeft bij een financiële relatie met de Achmea-groep. Omdat financiële instellingen die geen deel uitmaken van deze groep geen toegang tot het IVR en de Gebeurtenissenadministratie hebben, wordt hij dus, na afloop van de registratie in het EVR, niet belemmerd in zijn mogelijkheden om met een andere financiële instelling een financiële relatie aan te gaan. De Gebeurtenissenadministratie fungeert bovendien als het 'geheugen' van de ziektekostenverzekeraar en aan opname van gegevens zijn hierin op zichzelf nog geen directe gevolgen voor verzoeker verbonden.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat informatie is verzwegen met de bedoeling om een verzekering af te sluiten die bij kennis van de juiste stand van zaken niet zou zijn afgesloten. In oktober 2022 heeft verzoeker een begroting voor een behandeling ontvangen en eind december 2022 heeft hij de aanvullende ziektekostenverzekering aangevraagd. Op het moment van aanvragen wist verzoeker dat de tandheelkundige behandeling was te verwachten. In januari 2023 is contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te vragen of de kosten hiervan zouden worden vergoed. Hieruit blijkt dat de intentie bestond om de aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten om een vergoeding te krijgen voor deze behandeling. Hiermee is voldaan aan de voorwaarden van misleiding.
- De ziektekostenverzekering is een verzekering van uitermost vertrouwen. De ziektekostenverzekeraar mag niet zomaar ervan uitgaan dat iemand fraude heeft gepleegd. Daarom wordt het fraudetraject gestart en wordt nauwkeurig onderzoek gedaan. Zolang uit het fraudeonderzoek niet is gebleken dat betrokkene fraude heeft gepleegd, moet de ziektekostenverzekeraar handelen alsof dit niet het geval is. De ingediende begroting is daarom beoordeeld alsof geen sprake was van fraude en verzoeker heeft een bevestiging gekregen dat de behandeling onder de aanvullende ziektekostenverzekering valt. Door het indienen van de begroting ontstond bij de ziektekostenverzekeraar twijfel. Pas nadat de fraude was vastgesteld, is daarnaar gehandeld en zijn de maatregelen opgelegd.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat de vragenlijst moet worden gezien als een digitale beslisboom. Er kan 'ja' of 'nee' worden ingevuld. Als een medische selectievraag met 'ja' wordt beantwoord, volgt daaruit automatisch dat de verzekering niet kan worden afgesloten. Het is dus technisch onmogelijk. De vragenlijst is overgelegd. De vragen bij de aanvraag zijn duidelijk. Ook wordt aan de vraag of een behandeling wordt verwacht, geen termijn gesteld. De vraag naar de implantaatbehandeling is door verzoeker met 'nee' beantwoord en daardoor kon de aanvullende ziektekostenverzekering tot stand komen. Bij de vragenlijst wordt aangegeven dat deze naar waarheid moeten worden ingevuld. Uit de jurisprudentie volgt dat een vragenlijst een bijzondere waarde heeft en twee kanten op werkt.

Eenzijds mag de verzekeraar zich later niet erop beroepen dat bepaalde informatie niet is verstrekt als de vraag daarnaar niet op de vragenlijst voorkomt. Anderzijds geldt dat uit het feit dat een vraag wordt gesteld, volgt dat deze voor de verzekeraar van doorslaggevende betekenis is voor het afsluiten van de verzekering.

Een verzekerde hoort zich ervan bewust te zijn dat de vragen van belang zijn en dat het onjuist beantwoorden hiervan gevolgen kan hebben. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat verzoeker eerder een tandverzekering had waarvoor - anders dan voor de aanvullende ziektekostenverzekering - geen medische selectie gold.

Het grootste belang dat de ziektekostenverzekeraar met de opgelegde maatregelen probeert te dienen is het voorkómen en signaleren van eventuele recidive. De Gebeurtenissenadministratie en het IVR zijn interne registraties. Het is het interne geheugen van de Achmeagroep. De impact van deze registraties is beperkt, tenzij verzoeker een verzekering wil afsluiten bij de Achmeagroep. Uit de uitspraak van het Kifid van 13 januari 2023 (2023-0032) blijkt dat een dergelijke registratie voor een termijn van acht jaren, gelet op het interne karakter van het IVR en de Gebeurtenissenadministratie, proportioneel is en aan de geldende eisen voldoet. De registratie in het Incidentenregister en het EVR heeft mogelijk externe werking. Om de sector te beschermen tegen eventuele recidive zijn de persoonsgegevens van verzoeker in het Incidentenregister geregistreerd voor de duur van acht jaren. De impact van de registratie in het Incidentenregister is beperkt, maar wel van belang om de sector te beschermen. Pas als verzoeker bij een andere verzekeraar in herhaling vervalt, en deze verzekeraar aanleiding ziet om de zorgverzekeraar daarover de ondervragen, kan informatie uit het Incidentenregister worden gedeeld. Bij het opleggen van de maatregelen zijn de algemene belangen van de ziektekostenverzekeraar meegewogen. De ziektekostenverzekeraar is niet bekend met eventuele belangen van verzoeker in dit verband. Verzoeker heeft wel benoemd waar hij tegenaan loopt, maar zijn belangen zijn onduidelijk. Ten aanzien van het probleem dat verzoeker had met het afsluiten van een autoverzekering geldt dat dit het gevolg is van de registratie in het EVR.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering heeft beëindigd en daarnaast verschillende maatregelen aan verzoeker heeft opgelegd, omdat volgens hem sprake is van verzekeringsfraude. De opgelegde maatregelen betreffen het opnemen van de persoonsgegevens van verzoeker onderscheidenlijk van de gebeurtenis in de verschillende registers, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten. De commissie zal eerst beoordelen

of verzoeker zijn mededelingsplicht heeft geschonden en vervolgens of hij zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Daarna wordt ingegaan op de door de ziektekostenverzekeraar in dat kader getroffen maatregelen.

- 7.3. Vast staat dat verzoeker op 31 december 2022 via de website van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering heeft aangevraagd. Hierbij heeft verzoeker een aanvraagformulier met verschillende tandheelkundige selectievragen ingevuld. Onder andere is de vraag gesteld: "Verwacht u een of meer van de volgende behandelingen?" Daarbij is de mogelijkheid geboden om bij de verschillende behandelingen, waaronder "Implantaten", "Ja" dan wel "Nee" te antwoorden. Hoewel verzoeker ter zitting heeft verklaard niet meer te weten hoe hij de vraag destijds heeft beantwoord, acht de commissie niet aannemelijk dat het antwoord "Ja" is geweest, gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg. Zij houdt het er dan ook voor dat verzoeker hier zelf "Nee" heeft ingevuld. Vervolgens is de aanvullende ziektekostenverzekering tot stand gekomen.
- 7.4. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:928 BW een mededelingsplicht geldt bij het aangaan van een verzekeringsovereenkomst. Volgens het eerste lid is de verzekeringnemer verplicht vóór het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. Deze mededelingsplicht vindt zijn beperking in feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en betreft niet feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. Niet-nakoming van de mededelingsplicht, waarbij de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden of waarbij de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan leiden tot opzegging van de overeenkomst door de verzekeraar. Dit is geregeld in artikel 7:929, tweede lid, BW.
- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering niet zou hebben afgesloten als verzoeker de betreffende vraag op het antwoordformulier met "Ja" zou hebben beantwoord. Gebleken is dat verzoeker voorafgaand aan het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering al beschikte over een begroting van een kaakchirurg in verband met het voornemen een implantaat te laten aanbrengen. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat verzoeker het voornemen had deze behandeling te ondergaan, en dat hij wist of behoorde te weten dat hij dit had moeten vermelden bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker de op hem rustende mededelingsplicht in de zin van artikel 7:928 BW heeft geschonden. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over de verzekering die hij al had, het geringe financiële voordeel, en de mogelijkheid tot het uitstellen van de behandeling speelt bij de schending van de mededelingsplicht geen rol en maakt deze conclusie niet anders.
- 7.6. Ingevolge de artikelen 7:929 en 7:930 BW kan een verzekeraar verschillende maatregelen treffen bij schending van de mededelingsplicht. Uit artikel 7:929, tweede lid, BW volgt dat de verzekeraar de overeenkomst kan opzeggen als hij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. In onderhavige situatie heeft de ziektekostenverzekeraar hiertoe besloten. Naar het oordeel van de commissie was hij daartoe gerechtigd.
- 7.7. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen opgelegd, te weten het opnemen van de persoonsgegevens van verzoeker onderscheidenlijk van de gebeurtenis in de verschillende registers, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten. De commissie overweegt dat deze maatregelen betrekking hebben op verzekeringsfraude als bedoeld in artikel 2.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.8. Om te kunnen spreken van fraude, moet sprake zijn van het opzet tot misleiding. Gelet op de verstrekkende gevolgen van de maatregelen die in dat geval kunnen worden genomen, moeten

hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat is gehandeld met het opzet tot misleiding. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij gemotiveerde betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.

- 7.9. Naar het oordeel van de commissie zijn door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende concrete feiten en omstandigheden gesteld waaruit het bestaan van het opzet tot misleiding blijkt. Weliswaar heeft verzoeker bij de aanvraag van de aanvullende ziektekostenverzekering een vraag verkeerd beantwoord en hiermee zijn mededelingsplicht geschonden, maar dat is in dit verband onvoldoende, zoals ook blijkt uit de tekst van artikel 7:929 BW. Hierin zijn door de wetgever immers twee situaties onderscheiden, namelijk: (i) die waarbij de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden, en (ii) die waarbij de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. Voor verzoeker pleit hierbij dat hij kort na het aanvragen van de aanvullende ziektekostenverzekering telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag of de tandheelkundige behandeling waarop de verkeerd beantwoorde vraag zag zou worden vergoed. Een dergelijk handelen past niet bij een verzekerde die het opzet had de verzekeraar te misleiden. In dit specifieke geval is dan ook niet voldaan aan de hoge eisen die worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van opzet op misleiding.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar niet mocht concluderen dat sprake is van fraude als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Nu geen sprake is van fraude, is de grondslag voor de getroffen maatregelen, te weten registratie van de persoonsgegevens van verzoeker onderscheidenlijk van de gebeurtenis in de verschillende registers, en het verhalen van de gemaakte onderzoekskosten, komen te vervallen. Gelet op het voorgaande ziet de commissie aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden. Op grond van het toepasselijke reglement is de commissie niet bevoegd een schadevergoeding toe te kennen. Die bevoegdheid is er wel waar het gaat om de in verband met de onderhavige procedure gemaakte kosten, waarbij overigens het uitgangspunt is dat de partij die deze kosten maakt, deze zelf draagt. In dit geval ziet de commissie geen reden van dit uitgangspunt af te wijken.

Slotsom

- 7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker terecht per 20 april 2023 werd beëindigd wegens schending van de mededelingsplicht;
- fraude in dit geval niet is bewezen, zodat de registratie van de gebeurtenis in het Gebeurtenissenregister en de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het IVR en het Incidentenregister dienen te vervallen;
- de ziektekostenverzekeraar de gemaakte onderzoekskosten niet van verzoeker mag vorderen;
- de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
- hetgeen meer of anders door verzoeker is verzocht wordt afgewezen.

Zeist, 7 augustus 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende 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.

2.8 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

2.8.1 U bent als verzekerde verplicht:

- a. u bij het inroepen van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- c. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als De Friesland hier om vraagt;
- d. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door De Friesland kan worden vastgesteld. De zorgverlener die u heeft behandeld, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:
 - uw naam en geboortedatum;
 - de behandeldatum;
 - een omschrijving van de behandeling;
 - kosten- en honorariumbedrag.

Als een nota en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) in een andere taal zijn opgesteld dan Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans, dan kunnen wij u vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor uw eigen rekening.

Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn, bijvoorbeeld met een handtekening en/of een stempel.

2.8.2 Wat u verder moet weten

- a. U bent zowel als verzekerde als verzekeringnemer verplicht binnen twee maanden aan De Friesland alle inlichtingen te verstrekken die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van betekenis kunnen zijn.
- b. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- c. Wanneer de belangen van De Friesland worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor u hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door De Friesland vergoed worden.

2.9 Fraude

De Friesland beëindigt de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen bij geconstateerde fraude. Onder fraude wordt verstaan het op oneigenlijke gronden en wijze (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat, of het (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Onderzoek naar fraude zal worden verricht volgens hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Fraude heeft tot gevolg dat er helemaal geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden.

Bij fraude:

- a. doet De Friesland aangifte bij de politie;
- b. wordt uw verzekering beëindigd. Dit geldt ook voor eventueel bij De Friesland Reisverzekeringen NV lopende verzekeringen;
- c. vindt registratie plaats in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signaleringssysteem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schadebedragen en onderzoekskosten teruggevorderd.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 928

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.
3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.
4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 3 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.
5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.
6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Artikel 929

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 930

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.
3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.