

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : royement aanvullende verzekering, fraude, opname in intern incidentenregister, registratie bij Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), buitenlandnota
Zaaknummer : 2009.00470
Zittingsdatum : 24 februari 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F
tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 8 december 2008, de aanvullende verzekering met ingang van 1 januari 2009 te beëindigen en haar gegevens op te nemen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en het register van de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 3 sterren Beter Af Plus Polis en 2 sterren Beter Af Tandarts Polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft naar aanleiding van de hierboven vermelde beslissing bij brief van 12 januari 2009 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 3 september 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat sprake is van fraude (hierna: het ver-

zoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 19 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 november 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 november 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2009 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster is op 24 februari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1 Verzoekster heeft – onbestreden - het volgende gesteld:
 - a. Zij is van 3 tot en met 25 augustus 2008 in Turkije geweest. In deze periode heeft zij medische kosten gemaakt. Op 17 september 2008 heeft verzoekster door middel van een formulier “Schade-aangifte Ziektekosten buitenland” (hierna: het formulier) drie ziekenhuisnota’s en negen apotheeknota’s ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
 - b. Verzoekster heeft op het formulier onder meer vermeld:
 - 08-08-2008 Ziekenhuis 202,12 YTL,
 - 08-08-2008 Ziekenhuis 206,21 YTL.
 - c. Met het formulier zijn onder meer de volgende nota’s meegestuurd.
 - Een nota, genummerd 155296, met een opsomming van twaalf (12) verrichtingen of verstrekkingen, sluitend op een (sub)totaal van 202,12 YTL. Daaronder is vermeld een btw-bedrag van 15,27 YTL en een totaalstelling van 206,21 YTL. Het totaalbedrag van de op die nota vermelde verrichtingen of verstrekkingen bedraagt 190,94 YTL, welk bedrag niet op de nota is vermeld. Voormeld btw-bedrag ad 15,27 YTL is 8 percent van 190,94 YTL.
 - Een nota, genummerd 155297, met een opsomming van drie (3) verrichtingen of verstrekkingen, met een (sub)totaal van (eveneens) 202,12 YTL, welk bedrag is verhoogd met 8 percent aan btw van laatstvermeld bedrag, zijnde 16,16 YTL, waardoor de nota sluit met een totaal van 218,28 YTL. Het totaalbedrag van de op die nota vermelde verrichtingen of verstrekkingen bedraagt 11,18 YTL, welk bedrag niet op de nota is vermeld.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij geen fraude heeft gepleegd of heeft willen plegen. Zij ging bij het indienen van de nota’s, die verschillende notanummers dragen, er vanuit dat het ging om twee nota’s. Het was haar op dat moment niet duidelijk dat het in wezen één nota betreft, die is opge maakt in twee geschriften. Haar kan daarvan geen verwijt worden gemaakt.

- 4.3. Het enkele feit dat het formulier onjuist is ingevuld maakt niet dat kan worden gesproken van fraude. Er is geen sprake van “valse voorwendselen” of van het “op oneigenlijke grond/wijze verkrijgen van een aanspraak”. Een bewust handelen is vereist om aan te nemen dat sprake is fraude. Op het moment van indiening van de nota’s heeft zij niet (opzettelijk) een verkeerde voorstelling van zaken gegeven.
- 4.4. Verzoekster heeft nadere informatie over de nota’s opgevraagd bij het ziekenhuis, dat haar bij brief van 21 januari 2009 heeft medegedeeld dat bij de betreffende nota’s het aantal regels werd overschreden waarop een vervolgnota is gemaakt met een subtaal en een totaalbedrag. Door een computerfout werd bij de nota met nummer 155296 een BTW-bedrag en een totaalbedrag vermeld. Deze fout is pas later opgemerkt.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster door middel van het formulier een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven en hiermee heeft getracht hem financieel te benadelen. In een telefoongesprek dat op 11 november 2008 met verzekerde heeft plaatsgevonden, heeft verzekerde uitdrukkelijk verklaard de hiervoor in 4.1. onder b vermelde bedragen apart te hebben betaald.
- 5.2. Fraude bij de vaststelling van de omvang van de schade wordt getypeerd als een tekortkoming in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringnemer. Een verzekeringnemer die fraudeert, handelt in strijd met de op hem rustende verbintenis “zich te gedragen als een goed verzekerde”.
- 5.3. Het Wetboek van Strafrecht is niet van toepassing op de verzekeringsvoorwaarden. Dit betekent dat een ziektekostenverzekeraar niet, zoals in het strafrecht, hoeft te bewijzen dat de verzekerde opzettelijk heeft gefraudeerd. Het is niet van belang of een verzekeringnemer een onbedoelde vergissing heeft gemaakt of opzettelijk heeft gefraudeerd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. De beoordeling van het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoekster aantoonbaar fraude heeft gepleegd.
- 7.2. Artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Wij beëindigen uw aanvullende verzekering bij aangetoonde fraude.”

- 7.3. Fraude in de zin van artikel 17.1 van de zorgverzekering (hierna: fraude) wordt omschreven als:

“(...) het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.”

- 7.4. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient zulks ondubbelzinnig aan te tonen.
- 7.5. Bij de uitleg van artikel 17.1 van de zorgverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 7.6. De bedoeling van artikel 17.1 van de zorgverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, zulks met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de verzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn inmiddels ook neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. Sederd de inwerkingtreding op 1 januari 2006 van het nieuwe verzekeringsrecht als onderdeel van het Burgerlijk Wetboek in Boek 7, titel 17, BW is krachtens de hoofdregel van overgangsrecht (zie artikel 68a lid 1 Overgangswet nieuw Burgerlijk Wetboek) artikel 7:941 BW onmiddellijk van toepassing. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 17.1 van de zorgverzekering gebezigde terminologie *“onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding”* te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde *“opzet de verzekeraar te misleiden”*. Derhalve dient de uitleg van de ziektekostenverzekeraar te worden verworpen, dat aan artikel 17.1 van de zorgverzekering onmiskenbaar de betekenis dient te worden toegekend dat daaronder valt iedere onbedoelde vergissing bij het indienen van het formulier, een extensieve uitleg die bovendien in strijd is met het dwingendrechtelijke karakter van vorenge-noemde wettelijke bepaling.
- 7.7. Gelet op het vorenoverwogene, dient de zorgverzekeraar aan te tonen dat verzoekster met opzet het formulier onjuist heeft ingevuld. De zorgverzekeraar heeft geen feiten en omstandigheden gesteld waaruit opzet van verzoekster kan worden afgeleid. Ook uit de in het geding gebrachte verslagen van de twee telefoongesprekken tussen de zorgverzekeraar en verzoekster is niet af te leiden dat verzoekster het formulier met opzet onjuist heeft ingevuld. De commissie is van oordeel dat verzoekster bij normale bestudering van de nota's had moeten opmerken dat de vermelding van drie verrichtingen of verstrekkingen op de nota met nummer 155297 niet kan leiden tot een totaalstelling van 202,12 YTL. Het verwijt dat verzoekster dienaangaande kan worden gemaakt kan echter niet verder gaan dan dat haar grove nalatigheid kan worden verweten. Grove nalatigheid is evenwel onvoldoende om aan te nemen dat aan de zijde van verzoekster opzet in het spel is.
- 7.8. De conclusie moet zijn dat de zorgverzekeraar niet heeft aangetoond dat sprake is van fraude zoals bedoeld in artikel 17.1 van de zorgverzekering. De ziektekostenver-

zekeraar heeft daarom ten onrechte de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd, de vergoeding van de ingediende nota's geweigerd en de gegevens van verzoeker op laten nemen in zijn Incidentenregister en het register van de Stichting CIS.

Conclusie

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 7.10. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
- 8. Het bindend advies
 - 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter