



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Veronderstelde fraude, medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg, buitenland, Irak, niet vergoeden nota's, beëindiging verzekering, registratie in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar, registratie in het Extern Verwijzingsregister (EVR), vordering onderzoekskosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 7:941 en 7:943 BW

Zaaknummer : 201901491

Zittingsdatum : 18 december 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft zijn klacht op 29 juni 2019 voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Tijdens een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 6 augustus 2019 heeft verzoeker gevraagd zijn zaak meteen door te zetten naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voor een bindend advies.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 september 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 26 september 2019 aan verzoeker gezonden. Kopieën van het onderzoekrapport en de bijlagen zijn op 4 oktober 2019 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was tot 12 april 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker was van 14 december 2018 tot 15 januari 2019 op vakantie in Irak. Na terugkomst in heeft hij kopieën van twee nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Dit zijn nota's van een ziekenhuis en een apotheek. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaratie op 23 januari 2019 afgewezen, omdat de originele nota's ontbraken.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar ontving op 13 februari 2019 van verzoeker de originelen van de kopienota's die met het declaratieformulier van 21 januari 2019 waren ingediend, en die op 23 januari 2019 werden afgewezen. Verzoeker had twee andere nota's bijgevoegd, waarvan één afkomstig van het Tooe Maleek Private Hospital en één van Shar Pharmacy. Deze nota's waren niet vermeld op het declaratieformulier van 21 januari 2019. Voorts stuurde verzoeker medische informatie mee, waaronder een document van het 'Baxshin Hospital' en een omrekening van de notabedragen naar euro's.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar is vervolgens een onderzoek gestart naar de ter declaratie ingediende nota's.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 28 maart 2019 geïnformeerd over zijn vermoeden dat de declaratie niet waarheidsgetrouw is. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 29 maart 2019 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 april 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoeker opzettelijk heeft geprobeerd hem te misleiden, omdat de ingediende declaratie niet waarheidsgetrouw is. De gedeclareerde kosten worden daarom niet vergoed. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker voor de periode van één jaar opgenomen in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Het Centrum Bestrijding Verzekeringsschuldigheid van het Verbond van Verzekeraars is op de hoogte gebracht van voornoemde registratie. Ook zijn de persoonsgegevens van verzoeker voor de periode van één jaar opgenomen in het Extern Verwijzingsregister. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 175,- aan onderzoekskosten van verzoeker gevorderd. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar de verzekeringsovereenkomst met verzoeker beëindigd met ingang van 12 april 2019.

3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:  
(i) de door hem ingediende declaratie waarheidsgetrouw is;  
(ii) alle door de ziektekostenverzekeraar getroffen sancties komen te vervallen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de zorgverzekering en artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

6.2. Verzoeker is van 14 december 2018 tot en met 15 januari 2019 in Irak geweest. Verzoeker stelt dat hij aldaar in het ziekenhuis is opgenomen en geopereerd in verband met een niersteen. Na terugkomst in is hij, op 15 januari 2019, naar de huisarts gegaan om haar op de hoogte te stellen van de uitgevoerde operatie. Zij heeft hem doorverwezen naar een medisch specialist. Deze heeft volgens verzoeker gezegd dat de behandeling in Irak goed is uitgevoerd, en dat geen vervolgbehandeling nodig is.

Verzoeker heeft twee ziekenhuisnota's ter declaratie ingediend. De spelling van de naam van het ziekenhuis verschilt, omdat de nota's door verschillende medewerkers zijn opgemaakt. Het onderscheid zit alleen in de Engelse, en niet in de Koerdische spelling. Verzoeker merkt op dat Koerdisch in dat deel van Irak de voertaal is. De nota van € 805,- is door de behandelend arts opgemaakt. Deze betreft de kosten van de operatie. De nota van € 6.407,- is voor het verblijf in het

ziekenhuis, de medicatie en het extra bloed tijdens de operatie. Alleen artsen zetten een stempel op de nota. Dus niet iedere ziekenhuisnota wordt gestempeld.

Ten aanzien van de nota's van de apotheek merkt verzoeker op dat één nota per ongeluk op 2018 is gedateerd in plaats van 2019. Daarnaast gaat het om twee verschillende vestigingen van de apotheek, waardoor op de ene nota wel een stempel staat en op de andere niet.

Als de verzekeraar de kosten van de in Irak verleende zorg te hoog vindt, vraagt verzoeker om in ieder geval de kosten te vergoeden tot het bedrag dat in zou zijn berekend voor de zorg. Het staat volgens hem namelijk niet ter discussie dat deze zorg aan hem is verleend.

- 6.3. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het systeem van gezondheidszorg in Irak anders werkt dan in . Zorgaanbieders werken niet digitaal en houden zich niet goed aan de regels. Officiële documenten zijn er niet. Verzoeker had niet in Irak willen worden behandeld. 's Avonds kreeg hij echter pijn en moest hij worden geopereerd. Doordat hij veel bloed heeft verloren, moest hij ook nog negen dagen langer in Irak blijven terwijl de rest van het gezin op de geplande datum naar huis terugkeerde. Verzoeker verklaart dat de nota's van de apotheek niet direct zijn verstrekt. Na zijn terugkomst in zijn de nota's - door tussenkomst van zijn familie in Irak - aan hem gestuurd.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar ontving op 22 januari 2019 van verzoeker het declaratieformulier van 21 januari 2019. Hierbij waren twee kopienota's gevoegd. Eén van het Tooe Malik Hospital en één van Shar Pharmacy. Aangezien de originele nota's ontbraken, heeft de ziektekostenverzekeraar de declaratie afgewezen. Op 13 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker opnieuw stukken ontvangen, te weten de originele versies van de op 22 januari 2019 ontvangen nota's en twee andere nota's, één van het Tooe Maleek Private Hospital en één van Shar Pharmacy. Tevens was medische informatie bijgevoegd, waaronder een document van het Baxshin Hospital, en een omrekening van de notabedragen naar euro's. Omdat er verschillen waren tussen de nota's die op 22 januari 2019 en op 13 februari 2019 door hem zijn ontvangen, is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn onderzoek een aantal verschillen opgemerkt tussen voornoemde nota's. Zo heeft hij ten aanzien van de nota's van Shar Pharmacy vastgesteld dat er verschillen zijn tussen het gebruikte lettertype en de gebruikte kleuren. Daarnaast komt het logo, een esculaap, niet overeen wat betreft de vorm en kleur. Voorts is de op 22 januari 2019 ontvangen nota niet gestempeld en bevat deze geen notanummer. Dit in tegenstelling tot de op 13 februari 2019 ontvangen nota. Deze is gedateerd op 19 januari 2018. Volgens verzoeker is dit een verschrijving geweest. Echter, als dit het geval was, dan zou de nota zijn uitgeschreven op een moment dat verzoeker niet meer in Irak was. Hij is immers op 15 januari 2019 naar gereisd. Daarnaast verschillen de factuurbedragen op beide nota's. De op 22 januari 2019 ontvangen nota vermeldt andere hoeveelheden medicatie en veel hogere tarieven dan de andere nota. De hierop genoemde hoeveelheden komen ook niet overeen met de hoeveelheden die in de toegezonden medische informatie staan. Tot slot verschillen het papierformaat en de papersoort. De eerst ingediende nota was op A4 formaat, en de tweede op A5. Bovendien was bij de tweede een afscheurrand zichtbaar, wat erop duidt dat de nota uit een notablokje is gescheurd, hetgeen gebruikelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom geconcludeerd dat de op 13 februari 2019 toegestuurde nota waarschijnlijk een echte nota betreft. De (kopie van de) nota die verzoeker op 21 januari 2019 bij het declaratieformulier had gevoegd, is een valse nota waarmee verzoeker heeft geprobeerd een hogere vergoeding te krijgen.
- 6.6. Ook de twee nota's van het ziekenhuis vertonen verschillen. De naam van het ziekenhuis is op de nota's op verschillende manieren gespeld. En op de nota waarvan op 22 januari 2019 een kopie werd ontvangen, staan westerse cijfers vermeld. Op de nota die op 13 februari 2019 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, zijn de cijfers in het Arabisch geschreven. Ook staat op de ene nota een afbeelding van een zogenoemde caduceus, en op de andere nota niet. De nota die eerder als kopie werd toegezonden, bevat geen notanummer/factuurnummer en is niet gestempeld. Dit is wel het geval bij de nota die op 13 februari 2019 door de ziektekostenverzekeraar

is ontvangen. Ook de bedragen op de beide nota's wijken af (8.755.000 Iraakse Dinar en 1.100.000 Iraakse Dinar). Daarnaast zijn de nota's op verschillende papiersoorten gedrukt.



De in eerste instantie gedeclareerde (kopie)nota vermeldt dat verzoeker van 6 tot en met 17 januari 2019 in het ziekenhuis verbleef. Op de op 13 februari 2019 ontvangen nota wordt daarentegen een verblijfperiode van 6 tot en met 7 januari 2019 vermeld. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker op het declaratieformulier heeft vermeld dat hij tot 15 januari 2019 in Irak verbleef. Dit betekent dat hij op 16 en 17 januari 2019 volgens het declaratieformulier niet kon verblijven in het ziekenhuis in Irak. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat ook opvallend is dat de nota's van zowel Shar Pharmacy als het Toee Malik Hospital zijn ondertekend door dezelfde persoon, terwijl de nota's afkomstig zijn van afzonderlijke zorgaanbieders. De (kopie van de) nota die verzoeker op 21 januari 2019 bij het declaratieformulier had gevoegd, is een valse nota waarmee verzoeker heeft geprobeerd een hogere vergoeding te verkrijgen.

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat verzoeker aan de commissie twee nieuwe stukken heeft gestuurd, die bij hem nog niet bekend waren. Het gaat om de Engelstalige toelichting en een document dat een nota lijkt te zijn, beide op briefpapier van het Baxshin Hospital. Met het declaratieformulier van 21 januari 2019 zijn geen kosten gedeclareerd van het Baxshin Hospital. Deze naam kwam wel terug in de medische informatie die verzoeker op 13 februari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar zond. Het is hierdoor voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk waar verzoeker destijds daadwerkelijk is behandeld.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij niet betwist dat verzoeker in Irak een medische behandeling heeft ondergaan. Echter, uit het onderzoek is gebleken dat verzoeker met het declaratieformulier van 21 januari 2019 twee valse nota's ter declaratie heeft ingediend, en dat hij op 13 februari 2019 - per abuis - de authentieke nota's naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. De desbetreffende authentieke nota's heeft verzoeker niet met het declaratieformulier van 21 januari 2019 gedeclareerd.
- 6.9. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet wordt ontkend dat een operatie heeft plaatsgevonden. Er zitten evenwel teveel onduidelijkheden en tegenstrijdigheden in het dossier. Een eenduidige verklaring over hoe alles is gegaan, is er niet gekomen. De verklaring van verzoeker over het langere verblijf in Irak is nieuw. Dit neemt niet weg dat de gegeven onderbouwing niet voldoende is. Er zijn bijvoorbeeld geen artsenverklaringen overgelegd waaruit het tegendeel blijkt.
- 6.10. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW het recht op uitkering vervalt als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. Het eerste lid van genoemd artikel is niet van toepassing op de zorgverzekering. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.
- 6.11. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vèrstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het EVR, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.
- 6.12. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van de in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. Bijvoorbeeld de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar op het verkeerde been te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de ziektekostenverzekeraar zijn stellingen bewijzen.


- 6.13. Het voorgaande is in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel 12, vijfde lid, van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang. De zorgverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn standpunt het onderzoeksrapport overgelegd.
- 6.14. Het staat vast dat verzoeker in Irak is geopereerd en daar medische zorg heeft genoten. De commissie overweegt dat de twee door verzoeker gedeclareerde nota's van de apotheek en die van het ziekenhuis inderdaad verschillen vertonen ten opzichte van elkaar, zoals deze door de ziektekostenverzekeraar zijn toegelicht. De commissie overweegt verder dat de standaard die op dit gebied in wordt gehanteerd niet zonder meer kan worden verwacht van een land zoals Irak. Daarnaast heeft verzoeker ter zitting geloofwaardig verklaard dat hij ervan uitging dat de zorgaanbieders correcte nota's hadden aangeleverd.
- 6.15. De commissie overweegt dat om te spreken van fraude sprake moet zijn van de opzet om de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Hierbij mag geen enkele twijfel bestaan. De commissie is van oordeel dat de bewijsvoering van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende overtuigend is om te concluderen dat in deze zaak sprake is van fraude. Gelet op de verklaringen van verzoeker bestaat bij de commissie twijfel aan de opzet van verzoeker tot misleiding van de ziektekostenverzekeraar.
- 6.16. Verzoeker vordert dat de commissie bepaalt dat de gedeclareerde nota's waarheidsgetrouw zijn. Deze nota's zijn gesteld in een vreemde taal. Hoewel hierom reeds bij aanvang van de procedure is gevraagd, heeft verzoeker geen (beëdigde) vertaling overgelegd. De commissie is hierdoor niet bekend met de inhoud van de nota's.  
Desondanks en mede gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, concludeert de commissie dat niet is komen vast te staan dat verzoeker in januari 2019 twee nota's ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar die niet waarheidsgetrouw waren. Dit betekent echter niet dat deze nota's dus wél waarheidsgetrouw zijn. De commissie kan dit laatste niet vaststellen, zodat de daartoe strekkende vordering van verzoeker moet worden afgewezen.  
De commissie concludeert voorts dat niet zonder twijfel kan worden gesteld dat verzoeker de (voorwaardelijke) opzet had de ziektekostenverzekeraar te misleiden moet de ziektekostenverzekeraar een deel van de getroffen maatregelen ongedaan maken. Dit betreft de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister, de melding van deze opname bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, en het verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 175,--. Of verzoeker ook de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst ongedaan wil maken, is de commissie niet bekend. Mogelijk heeft hij inmiddels een andere zorgverzekering. Als hij weer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd wil zijn, kan hij hiervoor een aanvraag indienen.  
Of de gedeclareerde nota's voor vergoeding in aanmerking komen, kan op grond van de huidige informatie niet worden beoordeeld. Voor zover verzoeker vergoeding van de nota's vordert, moet ook dit verzoek worden afgewezen.
- 6.17. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies












- 7.1. De commissie:
- (i) beslist dat de ziektekostenverzekeraar binnen veertien dagen na dagtekening van dit bindend advies de volgende maatregelen ongedaan zal maken, met gelijktijdige toezending van een schriftelijke bevestiging daarvan aan verzoeker:
    - (1) de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister,
    - (2) de melding van deze opname bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars,
    - (3) het verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 175,--,

- 
- (4) de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst, indien verzoeker binnen veertien dagen na dagtekening van dit bindend advies aan de ziektekostenverzekeraar mededeelt dat hij deze laatste maatregel ongedaan wil laten maken;
- 
- (ii) beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- zal vergoeden;
- (iii) wijst af hetgeen meer of anders is gevorderd.

B, 5 februari 2020,



G.R.J. de Groot



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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



## Artikel 1 Begripsomschrijvingen

<b>Aanmeldingsformulier:</b>	Het papieren of digitale formulier waarmee de Verzekeringnemer zich aanmeldt voor de Verzekering.
<b>Aanvullende verzekering:</b>	Een ziektekostenverzekering van Verzekeraar ter aanvulling van de Zorgverzekering.
<b>Algemene Voorwaarden:</b>	Deze Algemene Voorwaarden.
<b>Arts:</b>	Een in Nederland gevestigde arts die als zodanig staat ingeschreven in het BIG-register en bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde, dan wel een in het buitenland gevestigde arts die volgens de aldaar geldende wet- en regelgeving bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunde.
<b>Fraude:</b>	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.
<b>Fysiotherapeut:</b>	Degene die als fysiotherapeut gevestigd is in Nederland, geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
<b>Haptotherapeut:</b>	Degene die als haptotherapeut gevestigd is in Nederland en geregistreerd staat in het Register van Haptotherapeuten van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH).
<b>Huidtherapeut:</b>	Degene die zich huidtherapeut mag noemen volgens het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en gevestigd is in Nederland. De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
<b>Huisarts:</b>	Een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
<b>Manueel therapeut:</b>	Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als manueel therapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapeuten.
<b>Medische noodzaak:</b>	De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen, dit ter beoordeling door de Verzekeraar.
<b>Oedeemtherapeut:</b>	Degene die als fysiotherapeut gevestigd is in Nederland, geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten, of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

## Artikel 7    Fraude

De Verzekeringnemer is verplicht de Verzekeraar alle relevante en juiste informatie te geven. Indien de Verzekeringnemer een verkeerde voorstelling van zaken geeft, valse of misleidende stukken overlegt 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, waaronder alle ingediende declaraties van het declaratieformulier, en 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 gaat de Verzekeraar niet over tot uitbetaling van de vergoeding van de declaratie(s);
- 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 de vastgestelde Fraude intern registreren en - indien proportioneel - inschrijven in het Extern Verwijzingsregister en aangifte doen bij Justitie; zal de Verzekeraar gedurende vijf jaar geen nieuwe Zorgverzekering en/of Verzekering met de Verzekeringnemer sluiten.

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

## Artikel 8    Premiebetaling

- lid 1**            De Verzekeringnemer is verplicht de premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen op de dag waarop zij verschuldigd zijn. Op de Verzekering kan een door de Verzekeraar vast te stellen gedifferentieerd premiesysteem van toepassing zijn in de vorm van kortingen of toeslagen.
- lid 2**            Als de Verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de betalingsverplichtingen zullen wij na de premievervaldag de Verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Als er geen betaling plaatsvindt binnen deze periode zullen wij een tweede aanmaning versturen onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de Verzekering wordt beëindigd.
- lid 3**            Indien de Verzekeraar maatregelen treft tot incassering van zijn vordering, komen alle buitengerechtelijke en gerechtelijke kosten van de invordering voor rekening van de Verzekeringnemer. De Verzekering wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de invorderingskosten door de Verzekeraar zijn ontvangen.
- lid 4**            Het is de Verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de Verzekeraar te vorderen vergoeding.

**Eigen bijdrage:** Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar waarvan wettelijk is bepaald dat een verzekerde die gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan bijvoorbeeld een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een overzicht van alle eigen bijdragen is opgenomen in Bijlage 2 van deze polisvoorwaarden.

Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Het eigen risico en de eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

**Eigen risico:** Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die alle verzekerden van 18 jaar of ouder zelf moeten betalen tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Zodra u het eigen risico helemaal heeft betaald, heeft u recht op (vergoeding van) zorg volgens de polisvoorwaarden. Elke verzekerde heeft een wettelijk vastgesteld verplicht eigen risico. Daarnaast kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage.

Het eigen risico en de eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

**Ergotherapeut:** Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. De ergotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

**EU- en EER-staat:** De EU-staten (Europese Unie) zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn alle EU-staten en Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**Farmaceutische zorg:** De levering van geneesmiddelen en dieetpreparaten die zijn opgenomen in het 'Besluit zorgverzekering' en die zijn geleverd door een erkend en geregistreerd apotheker of apotheekhoudend huisarts. Tot de zorg behoort ook het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel ter hand stelt. Hierbij moet rekening gehouden worden met de nadere voorwaarden die DSW Zorgverzekeraar heeft opgenomen in het Reglement Farmacie.

**Fraude:** Het bij de totstandkoming en/of uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of

verduistering, gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat en/of het verkrijgen van een verzekeringsdekking.

Fysiotherapeut:	Een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die daarnaast als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of stichting Keurmerk Fysiotherapie.
Gecombineerde Leefstijlinterventie:	Advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedrag met als doel een gezondere leefstijl voor de patiënt. De toegepaste interventie moet bewezen effectief zijn en als zodanig zijn opgenomen in het register 'Loket Gezond Leven' van het RIVM.
Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ):	Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek voor verzekerden vanaf 18 jaar.
Geriatrische revalidatie:	Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meerdere aandoeningen) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
Gespecialiseerde GGZ (S-GGZ):	Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen voor verzekerden vanaf 18 jaar.
Gezondheidszorgpsycholoog:	Een psycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) is geregistreerd conform de voorwaarden genoemd in artikel 3 van de Wet BIG.
GGZ-instelling:	Instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg mag leveren in verband met een psychiatrische stoornis, al dan niet gepaard gaande met verblijf. De GGZ-instelling moet zijn toegelaten volgens de WTZi.
Huidtherapeut:	Een zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden zoals vastgelegd in het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut'. De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.
Huisarts:	Een arts die is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als huisarts is ingeschreven in het register van de KNMG.

Wanneer de zorgaanbieder de kosten niet rechtstreeks bij ons indient maar u een nota stuurt, bent u verplicht ons die originele nota tijdig, bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling plaatsvond, aan ons op te sturen. Hierbij is de behandeldatum of de datum van de levering van de zorg bepalend. Indien u een nota van een zorgaanbieder zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgaanbieder contant heeft betaald. Indien wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie af en krijgt u hierover schriftelijk bericht.

**lid 3** **Verplichtingen bij verhaal door DSW**

- a. *Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)*  
Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen waardoor u, direct of later, zorg moet krijgen waarvan de kosten onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit zo spoedig mogelijk aan ons melden. DSW kan u verzoeken om aangifte te doen bij de politie als dit bijdraagt aan het verhaal door DSW. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn en alle informatie te verstrekken bij eventueel verhaal van de kosten.
- b. *Geen afspraken met andere partijen (derden)*  
U mag geen afspraken maken of overeenkomsten sluiten met anderen (derden) - ook verzekeraars - die onze verhaalsmogelijkheden (kunnen) benadelen, tenzij wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- c. *Gevolgen bij niet meewerken*  
Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u niet meewerkt onze kosten te verhalen.

**lid 4** **Gang van zaken bij niet-nakomen verplichtingen**

Als u de verplichtingen genoemd in lid 1 tot en met lid 3 van dit artikel niet nakomt en onze belangen hierdoor zijn geschaad, kunnen wij aanspraak maken op vermindering van de vergoedingsplicht tot maximaal het door ons geleden nadeel. Volgens het Burgerlijk Wetboek moet u de originele nota binnen 36 maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend naar ons sturen. Stuurt u de nota's later in, dan komen deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.

**lid 5** **Fraude**

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, waaronder alle ingediende declaraties van het declaratieformulier, en 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 gaan wij niet over tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s);
- 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 de politie;
- 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.

**lid 6** **Doorgeven van belangrijke gebeurtenissen**

U bent verplicht binnen dertig dagen gebeurtenissen aan ons door te geven die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren.. Het gaat om zaken als:

- a. verhuizing;
- b. geboorte;

#### Artikel 7:941 BW

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.

#### Artikel 7:943

1 Van de [artikelen 931, 932, 935 lid 2, 936 en 939](#) kan niet worden afgeweken.

2 Van de [artikelen 933, eerste lid, eerste zin, 937, 940 leden 1, 3, 5 en 6, 941 leden 1, 2, 4 en 5 en 942](#) kan niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.

3 Van de [artikelen 928 tot en met 930, 934 en 940 leden 2 en 4](#) kan niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken indien de verzekeringnemer een natuurlijk persoon is en hij de verzekering sluit anders dan in de uitoefening van een beroep of bedrijf.