



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Amersfoort

Zaak : Veronderstelde fraude, medische zorg Pakistan, beëindiging verzekering, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit

Zaaknummer : 201401194

Zittingsdatum : 9 september 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, artt. 7:941 en 7:943 BW)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Caresco B.V. te Amersfoort.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van het indienen van de onderhavige declaraties was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de National Academic Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend student en Tandzorg student afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft in 2013, na haar terugkeer in Nederland, meerdere nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar ter zake van door haar genoten medische zorg tijdens haar verblijf in Pakistan.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat voornoemde declaratie niet kan worden verwerkt, omdat hiervoor meer informatie nodig is. Op 27 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar haar het 'Toelichtingenformulier betreffende ziektekosten buitenland' gestuurd. Verzoekster heeft dit formulier, ingevuld en op 23 december 2013 ondertekend, getourneerd.
- 3.3. Bij brief van 19 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat uit het onderzoek, dat is verricht naar aanleiding van de in 3.1 vermelde nota's, is gebleken dat sprake is van het valselijk (laten) opmaken van de nota van het Aga Khan University Hospital te Karachi, Pakistan teneinde een uitkering te krijgen waarop geen recht bestaat. Voordat zou worden overgegaan tot het treffen van maatregelen, is verzoekster in de gelegenheid gesteld hierop te reageren.
- 3.4. Verzoekster heeft bij brief van 21 maart 2014 gereageerd op voornoemde stellingname van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop verzoekster in de gelegenheid gesteld bewijsstukken over te leggen, waarna zij heeft verzocht om twee maanden uitstel voor het aanleveren van de aanvullende informatie.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 juli 2014 aan verzoekster medegedeeld dat de betreffende declaratie is afgehandeld, dat is geconcludeerd dat verzoekster heeft getracht door het indienen van valselijk opgemaakte nota's een uitkering te krijgen waarop geen recht bestaat, en dat de declaratie daarom wordt afgewezen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster en haar minderjarige zoon per 1 augustus 2014 beëindigd, waarbij de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat gedurende een periode van vijf jaar geen zorgverzekering en gedurende de periode van acht jaar geen aanvullende ziektekostenverzekering te zullen activeren ten behoeve van verzoekster en haar zoon. Verder zijn de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het interne Incidentenregister en is een melding gedaan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV) van het Verbond van Verzekeraars.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 13 januari 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2014 te herstellen, haar persoonsgegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister, en de melding van voornoemde registratie bij het CBV ongedaan te maken (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 27 mei en 20 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar is op 9 september 2015 telefonisch gehoord. Verzoekster is eveneens gebeld voor deelname aan de hoorzitting. Aangezien zij slecht te verstaan was, is afgesproken dat een tweede poging zou worden gedaan. Verzoekster is hierop direct op hetzelfde nummer teruggebeld, maar bleek niet op te nemen, waarna een voicemailbericht is ingesproken. Hierna zijn nog twee pogingen ondernomen, eveneens zonder succes, en is opnieuw een bericht ingesproken. Verzoekster heeft hierop niet gereageerd, waarmee haar mogelijkheid tot deelname aan de hoorzitting is komen te vervallen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster verbleef in Pakistan van 26 december 2012 tot en met 8 april 2013. Tijdens haar verblijf aldaar werd zij ziek, en daarom is zij van 13 tot en met 27 januari 2013 opgenomen geweest in het Aga Khan University Hospital te Karachi. Na terugkeer in Nederland heeft verzoekster de nota van deze opname, alsmede de nota's van andere zorgaanbieders uit Pakistan, ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op het 'Schade aangifteformulier kosten buitenland', dat verzoekster op 16 september 2013 heeft ondertekend, heeft zij verklaard dat sprake was van een acute maagontsteking. Zij was opgenomen op de spoedafdeling van het ziekenhuis, en tijdens de opname is haar medicatie toegediend.
 - 4.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar verzoekster had geschreven meer informatie nodig te hebben voor de afhandeling van de ingediende declaratie, heeft zij op 23 december 2013 het

'Toelichtingenformulier betreffende ziektekosten buitenland' ingevuld en ondertekend. Hierop heeft zij verklaard dat zij buikpijn en koorts had, en dat sprake was van bloed bij het spugen. Zij is in Pakistan behandeld door een huisarts, gastro-enteroloog, uroloog en gynaecoloog. Verzoekster was zo ziek dat zij zich niet meer kan herinneren welke behandelingen hebben plaatsgevonden. Er is in ieder geval een aantal keren een bloed- en urineonderzoek uitgevoerd. Uit de onderzoeken is gebleken dat sprake was van een acute maagontsteking en een blaasontsteking. De rekeningen zijn contant betaald. Verzoekster heeft ter plaatse een lening afgesloten, omdat zij op dat moment niet genoeg geld bij zich had. Deze lening lost zij nog steeds af.

4.3. Verzoekster stelt dat zij veel meer nota's ter declaratie heeft ingediend dan de ziektekostenverzekeraar in behandeling heeft genomen. Mede hierdoor is bij de ziektekostenverzekeraar een verkeerd beeld ontstaan over de rechtmatigheid van de nota's die wél in behandeling zijn genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft de overige nota's kwijtgemaakt of vernietigd, maar wil deze fout niet toegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft nog meer fouten gemaakt. Daarom heeft verzoekster in haar brief van 21 maart 2014 aan de ziektekostenverzekeraar geschreven dat zij geen telefonisch contact meer met hem wil.

4.4. Verzoekster benadrukt dat zij valselijk is beschuldigd van oplichting. Zij heeft verklaard nooit verkeerde informatie te hebben verstrekt en lijdt erg onder de beschuldigingen van de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft steeds gedaan wat de ziektekostenverzekeraar van haar heeft gevraagd, zoals het geven van toestemming om haar medisch dossier in te zien. Zij merkt op dat als zij fraude zou hebben gepleegd, zij niet zou hebben meegewerkt aan het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster voert aan dat zij in het buitenland slecht is behandeld door de betreffende zorgaanbieders, waarbij medische fouten zijn gemaakt. Uit angst voor de gevolgen van deze fouten hebben de zorgaanbieders niet goed meegewerkt aan het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster wist niet dat er fouten in haar medisch dossier stonden. Verzoekster heeft een en ander nagevraagd bij de zorgaanbieders, en hieruit blijkt dat zij gelijk heeft.

4.5. In haar e-mailbericht aan de commissie van 12 februari 2015 schrijft verzoekster dat zij de ziektekostenverzekeraar nooit heeft gevraagd om een vergoeding. Zij heeft juist tegen de ziektekostenverzekeraar gezegd dat als zij in aanmerking mocht komen voor een vergoeding, deze rechtstreeks aan de zorgaanbieders moest worden betaald, omdat sprake was van openstaande facturen.

4.6. Verzoekster was van 26 december 2012 tot en met 8 april 2013 - vanwege haar tijdelijke verhuizing naar het buitenland - niet verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Zij vindt het daarom vreemd dat de ziektekostenverzekeraar haar nota's, voor zorgkosten die in deze periode zijn gemaakt, toch in behandeling heeft genomen en hier onderzoek naar heeft gedaan.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 september 2013 vier nota's ontvangen van verzoekster ter zake van in Pakistan verleende medisch zorg. Deze ter declaratie ingediende nota's zijn voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding geweest een onderzoek naar de rechtmatigheid hiervan in te stellen. Het was de ziektekostenverzekeraar namelijk opgevallen dat de nota van het Aga Khan University Hospital een twijfelachtige opmaak heeft. Zo lijkt het logo van het ziekenhuis op de nota te zijn gescand (van het internet), ontbreekt de omschrijving van de dagelijkse zorg, en komt de opmaak van de nota niet professioneel over. De nota lijkt derhalve niet daadwerkelijk afkomstig te zijn van dit ziekenhuis. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 27 november 2013 het 'Toelichtingenformulier betreffende ziektekosten buitenland' gestuurd. Verzoekster heeft dit formulier ingevuld en ondertekend geretourneerd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar informatie opgevraagd bij het Aga Khan University Hospital. Bij brief van 19 maart 2014 heeft de

ziektekostenverzekeraar zijn bevindingen aan verzoekster kenbaar gemaakt, waarbij verzoekster in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.

- 5.2. In voornoemde brief heeft de ziektekostenverzekeraar per gedeclareerde nota uitgeschreven wat zijn bevindingen zijn. De nota voor de opname in het Aga Khan University Hospital van € 24.449,-- is uitgeschreven naar aanleiding van een spoedopname wegens acute gastritis. Er zijn vijftien ligdagen in rekening gebracht, waarbij de kosten per dag variëren van € 1.100,-- tot en met € 2.000,-- voor behandelingen, ligdagen en medicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft via e-mail bij het ziekenhuis navraag gedaan naar deze nota. Door het ziekenhuis is verklaard dat het notanummer en zelfs de gehele nota niet bekend zijn in zijn administratie. De nota van Y.I. Medical and General Store te Karachi van 1.337 rupees heeft betrekking op een drietal voorgeschreven geneesmiddelen: Enamolforte (?), Cerophene en Ciprozin van 15 januari 2013. Verzoekster heeft op het declaratieformulier vermeld dat zij in het ziekenhuis was opgenomen in verband met een acute maagontsteking. Voornoemd geneesmiddel Cerophene betreft echter een "anti-oestrogeen, wegens steriliteit in verband met een ovulatie stoornis". De nota van het Cumber Specialist Hospital te Karachi van 90.000 rupies ziet op een geneesmiddel, te weten injectievloeistof Ferti C 5000. Deze injectievloeistof wordt veelvuldig gebruikt bij pogingen tot zwangerschap met behulp van IVF. Daarbij is de genoemde behandeldatum in het Cumber Specialist Hospital in tegenstrijd met de opname in het Aga Khan University Hospital.
- 5.3. Verzoekster heeft bij brief van 21 maart 2014 gereageerd op voornoemde bevindingen. De ziektekostenverzekeraar is bij brief van 14 april 2014 ingegaan op de reactie van verzoekster. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen inhoudelijk commentaar te geven en bewijsstukken over te leggen waaruit blijkt dat de betreffende zorg heeft plaatsgevonden en dat de kosten daadwerkelijk zijn gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft sindsdien evenwel geen bewijsstukken van verzoekster ontvangen. De nota van het Aga Khan University Hospital geeft een heel ander beeld dan de twee nota's van het Cumber Specialist Hospital. Verzoekster heeft hiervoor geen afdoende verklaring gegeven.
- 5.4. Het feit dat verzoekster heeft meegewerkt aan het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar doet er niets aan af dat de door haar ter declaratie ingediende nota van het Aga Khan University Hospital niet voorkomt in de administratie van dit ziekenhuis.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft veelvuldig contact gehad met verzoekster, zowel per brief als per e-mail. Verzoekster heeft hierbij ruim voldoende de gelegenheid gehad om haar zienswijze te uiten. Een mondelinge toelichting werd op dat moment niet nodig geacht door de ziektekostenverzekeraar.
- 5.6. Verzoekster heeft zich op 21 december 2012 uitgeschreven bij de gemeentelijke basisadministratie (GBA) in verband met emigratie. Op 16 april 2013 heeft zij zich weer ingeschreven bij een Nederlandse gemeente. Gedurende de tussenliggende periode was zij niet verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het feit dat zij in de periode waarin de behandelingen in Pakistan hebben plaatsgevonden niet was verzekerd, doet niet af aan de vaststelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster valselijk opgemaakte nota's ter declaratie heeft aangeboden. Mogelijk was verzoekster in de veronderstelling dat zij wèl was verzekerd.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar is niet overgegaan tot vergoeding van de gedeclareerde kosten en heeft geen schade ondervonden. Hij heeft daarom geen aangifte van fraude gedaan. Echter, de zorgverzekeraar waarbij verzoekster in 2012 was verzekerd via dezelfde gevolmachtigde, en waar verzoekster dezelfde handelingen heeft verricht, heeft wèl aangifte gedaan. De onderhavige kwestie wordt - voor zover op dit moment bekend - in deze aangifte meegenomen.
- 5.8. Tijdens het onderzoek heeft verzoekster vaak de kans gehad om haar kant van het verhaal te vertellen. Ook is zij in de gelegenheid gesteld om alle nota's, waarvan zij heeft gezegd dat deze bij de ziektekostenverzekeraar zijn zoekgeraakt, alsnog over te leggen. Zij heeft hiervan echter geen gebruik gemaakt en heeft telkenmale tegenstrijdige informatie verschaft. Ook haar reactie op de

mededeling van het Aga Khan University Hospital, dat factuur en factuurnummer aldaar onbekend zijn, acht de ziektekostenverzekeraar niet geloofwaardig.

- 5.9. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster afziet van de vordering tot betaling van de door haar ter declaratie ingediende nota's, waarvoor zij - naar eigen zeggen - in Pakistan een lening heeft afgesloten en waarvoor zij (althans volgens haar e-mailbericht van 22 september 2014) wordt gestalkt. Voorts bevreemdt het de ziektekostenverzekeraar dat iemand die in het buitenland hoge kosten maakt voor spoedeisende zorg ruim vijf maanden wacht met het declareren van deze kosten. Zeker nu verzoekster heeft verklaard hiervoor een lening te hebben afgesloten.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar heeft navraag gedaan bij zijn alarmcentrale alsmede bij de alarmcentrale van de reisverzekeraar van verzoekster. Beide hebben verklaard dat in 2013 geen contact heeft plaatsgevonden met verzoekster.
- 5.11. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, verklaard dat de nota van het Aga Khan Hospital destijds is gecontroleerd door het verzenden van een e-mailbericht aan de zorgaanbieder. Hierbij is ondermeer gevraagd naar de medicatie en de gemiddelde kosten van een opname. Bij dit e-mailbericht was een kopie van de ter declaratie ingediende nota alsmede een door verzoekster ondertekende toestemmingsverklaring in de Engelse taal gevoegd. Door de zorgaanbieder is verklaard dat de betreffende factuur en het notanummer aldaar niet bekend zijn. Gevraagd naar het feit dat de gedeclareerde kosten een niet-verzekerde periode betreffen, heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat verzoekster kennelijk uitging van een rechtsgeldige verzekering, en op basis hiervan heeft gedeclareerd. Dit is opgepakt als fraude. Als moet worden uitgegaan van een niet-verzekerde periode is in ieder geval sprake van een poging tot fraude.
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering, welk artikel ingevolge de inleiding van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het door de ziektekostenverzekeraar beëindigen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster en haar zoon per 1 augustus 2014, de opname van haar persoonsgegevens in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en de melding hiervan bij het CBV.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 2.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en luidt:

“Als u fraude pleegt vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.”

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- *bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;*
- *in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS;*

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval bij ons gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten."

- 8.3. In artikel 6.4 van de zorgverzekering is bepaald wanneer de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering kan opzeggen, ontbinden of schorsen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de National Academic Zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen: (...)

- *als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);*
- *als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;*
- *als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de National Academic Zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen."*

- 8.4. In de begripsomschrijvingen, zoals bepaald onder onderdeel III van de zorgverzekering, is opgenomen dat onder fraude wordt verstaan:

"het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen."

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de*

kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten van een behandeling in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou

plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de National Academic Alarmcentrale. Ons telefoonnummer kunt u op onze website www.na.nl vinden.

(...)"

- 8.6. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"

- 8.7. Artikel 31 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op geneesmiddelen, en luidt, voor zover hier van belang:

"Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- de terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;*
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;*
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.*

(...)"

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 2.4 van de zorgverzekering is ingevolge de inleiding van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering.

- 8.10. In artikel 3.2.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd indien sprake is van aangetoonde fraude:

"Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:

(...)

Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering vanuzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;

- met onmiddellijke ingang:*

(...)

- bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 2.4 van de National Academic Zorgverzekering."

- 8.11. In artikel 3 onder A van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt:

"A. Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de volledige kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland tot ten hoogste 12 maanden. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van de National Academic Zorgverzekering recht hebben op vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;*
- ziekenhuisopname en operatie;*
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;*
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van en naar een van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;*
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.*

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de National Academic Zorgverzekering zouden zijn vergoed.*
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de hulpdienst. Het telefoonnummer van de hulpdienst kunt u vinden op uw zorgpas.*
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Aanvullende Verzekering Tandheelkunde heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Door verzoekster is gesteld dat de ter declaratie ingediende nota's betrekking hebben op behandelingen die hebben plaatsgevonden in een niet-verzekerde periode. Daarnaast heeft zij aangevoerd dat door haar niet langer vergoeding van de betreffende nota's wordt gevorderd. Om deze redenen zou een inhoudelijke beoordeling achterwege dienen te blijven.
- 9.2. De commissie merkt hier over op dat de onderhavige nota's zijn ingediend tijdens de looptijd van de verzekering. Verzoekster kan daarmee geen andere bedoeling hebben gehad dan het verkrijgen van een uitkering. Of zij, zoals de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, hierbij in de veronderstelling verkeerde dat sprake was van een doorlopende verzekering, kan in het midden blijven. Daarbij zijn de opgelegde sancties gebaseerd op de voorwaarden van de van kracht zijnde verzekering. Partijen verschillen hierover niet van mening. Dat verzoekster niet langer vergoeding vordert van de nota's uit Pakistan, maakt het vorenstaande niet anders. In onderdeel III van de zorgverzekering is namelijk opgenomen dat niet alleen het "opzettelijk plegen", maar ook het (opzettelijk) "trachten te plegen" onder de definitie van fraude valt. Het betreffende artikel 2.4 is tevens van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit het voorgaande volgt dat de ziektekostenverzekeraar de rechtmatigheid van de ter declaratie ingediende nota's mocht onderzoeken. De vraag die thans ter beantwoording voorligt is of de uitkomsten van dit onderzoek de conclusie rechtvaardigen dat sprake is geweest van het (opzettelijk) trachten te plegen van fraude, met de hieraan verbonden sancties.
- 9.3. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 van genoemd artikel niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Lid 5 is ingevolge artikel 7:943 lid 2 BW van dwingend recht, en hier kan derhalve niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.

- 9.4. Gezien de verstrekkende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziektekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.
- 9.5. In de begripsomschrijvingen, zoals bepaald in onderdeel III van de zorgverzekering, is met betrekking tot fraude het volgende opgenomen: *“het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.”*. Het hier gestelde kan naar het oordeel van de commissie worden vereenzelvigd met het in artikel 7:941 lid 5 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.6. Het is aan de ziektekostenverzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen – en bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat verzoekster (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been te zetten.
- 9.7. In dat verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang.
- 9.8. Volgens de door verzoekster ter declaratie ingediende nota van het Aga Khan University Hospital van 28 januari 2013 was zij aldaar opgenomen van 13 tot en met 27 januari 2013 vanwege een acute ontsteking van het maagslijmvlies. Daarnaast heeft verzoekster twee nota's ingediend van het Cumber Specialist Hospital voor een echo-onderzoek en de toediening van het middel Ferti C 500 op 17 januari 2013. Deze laatste nota's lijken verband te houden met een vruchtbaarheidsbehandeling en de behandeldatum valt in de periode van de opname in het Aga Khan University Hospital. Het komt de commissie niet aannemelijk voor dat verzoekster tijdens een opname in verband met een acute ontsteking van het maagslijmvlies, waarvoor zij vijftien dagen moest worden opgenomen, in een ander ziekenhuis in dezelfde periode behandelingen ondergaat die hiermee geen enkel verband houden. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat zij nooit heeft beweerd dat de zorg in het Cumber Specialist Hospital verband hield met de ontsteking van het maagslijmvlies. De commissie stelt vast dat door verzoekster geen verklaring is gegeven voor het feit dat de zorg in het Cumber Specialist Hospital heeft plaatsgevonden tijdens de opname in het Aga Khan University Hospital, hoewel dit op haar weg lag.
- 9.9. In het dossier bevinden zich ook twee nota's van het Aga Khan University Hospital uit 2012. De opmaak van de nota voor de opname in 2012 is hetzelfde als die voor de opname in 2013. Bij beide nota's valt op dat deze in euro's zijn opgemaakt, waarbij is verklaard dat de nota is omgezet van rupies naar euro's. De opmaak van deze nota's komt echter niet overeen met de nota van 6 februari 2012 voor een urineonderzoek. Bovendien worden de kosten op deze nota vermeld in rupies. Daarnaast valt op dat op de nota van 28 januari 2013 alleen de naam van verzoekster, de naam van de arts, de duur van de opname, de reden van opname, de data en de bedragen zijn vermeld. Behalve de naam van verzoekster ontbreken haar persoonlijke gegevens. Er wordt op de nota voorts niet vermeld welke behandelingen en/of onderzoeken hebben plaatsgevonden of welke medicatie is gebruikt.
- 9.10. Verzoekster stelt dat zij veel meer nota's ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, maar dat deze de betreffende nota's heeft kwijtgemaakt. Volgens verzoekster blijkt uit de ontbrekende stukken duidelijk dat de nota's die thans ter discussie staan rechtmatig zijn. De ziektekostenverzekeraar stelt voornoemde nota's nooit te hebben ontvangen. Uit het dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster in de gelegenheid heeft gesteld de - volgens verzoekster - ontbrekende nota's alsnog in te dienen. Ook de Ombudsman Zorgverzekeringen

heeft verzoekster hiertoe meermaals in de gelegenheid gesteld. De commissie heeft verzoekster eveneens gevraagd om afschriften van de volgens haar ontbrekende stukken. Verzoekster heeft deze stukken echter niet ingestuurd. Evenmin heeft zij aan de commissie toegelicht waarom zij deze stukken niet in de procedure heeft gebracht. De commissie acht het daarom niet aannemelijk dat de volgens verzoekster ontbrekende stukken daadwerkelijk bestaan en/of dat zij deze in 2013 naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. De stelling van verzoekster dat deze stukken een ander licht werpen op de kwestie treft derhalve geen doel.

9.11. Verzoekster heeft verder verklaard dat de Pakistaanse zorgaanbieders fouten hebben gemaakt bij de behandeling. Uit angst zouden deze zorgaanbieders verkeerde informatie hebben verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster stelt dat zij een en ander heeft nagevraagd bij de zorgaanbieders, en dat is gebleken dat zij gelijk heeft. Waaruit het gelijk van verzoekster is gebleken, is de commissie niet duidelijk. Verzoekster doet hierover geen uitspraken en zij heeft geen stukken overgelegd ter onderbouwing van haar stelling. Daarnaast komt het de commissie niet aannemelijk voor dat de Pakistaanse zorgaanbieders uit angst zouden hebben gehandeld. Voor zover verzoekster bedoelt dat de zorgaanbieders bang waren voor de ziektekostenverzekeraar, lijkt dit niet voor de hand te liggen. De zorgaanbieders hebben immers geen enkele relatie met de ziektekostenverzekeraar. Dat de betreffende zorgaanbieders vrezen aansprakelijk te worden gesteld door verzoekster, en daarom onjuiste informatie hebben verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar, ligt evenmin in de rede. Ook deze stelling van verzoekster treft daarom geen doel.

9.12. Tot slot is de commissie opgevallen dat bepaalde verklaringen van verzoekster tegenstrijdig zijn. Zo stelt zij enerzijds dat zij geen fraude heeft gepleegd en dat dit blijkt uit het feit dat een financieel belang ontbreekt aangezien zij de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de nota's rechtstreeks aan de zorgaanbieders in Pakistan te voldoen. Anderzijds beweert zij echter dat zij de nota's contant heeft voldaan en dat zij hiervoor ter plaatse een lening heeft moeten afsluiten. In verband hiermee wordt zij nu gestalkt. Beide lezingen komen de commissie onwaarschijnlijk voor. Zo zijn door verzoekster geen betalingsherinneringen overgelegd, terwijl gelet op de inmiddels verstreken termijn door de zorgaanbieders zeker op betaling van de nota's zou zijn aangedrongen. Ook zijn door haar geen bewijsstukken aangeleverd waaruit het bestaan van de lening blijkt. Omdat het hierbij om een aanzienlijk bedrag zou gaan, ligt het niet in de rede dat hiervan geen document is opgemaakt. Ook anderszins is het bestaan van de lening niet aannemelijk gemaakt, met name door het tonen van de betalingsbewijzen van de aflossingen die volgens verzoekster zijn verricht.

9.13. Alles overwegende concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft vastgesteld dat in de onderhavige situatie sprake is van het (opzettelijk) trachten te plegen van fraude. De ziektekostenverzekeraar was derhalve gerechtigd de betreffende sancties aan verzoekster op te leggen. Het verzoek van verzoekster om de verzekeringen van haar en haar zoon met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2014 te herstellen, wordt daarom afgewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester