

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F en G te H
Zaak : Veronderstelde fraude, buitenlandnota, medisch specialistische zorg, terugvorderen van uitgekeerde vergoedingen, beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, registratie in het (interne) Incidentenregister en bij het CIS

Zaaknummer : 2012.00014
Zittingsdatum : 13 juni 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd C te D,

tegen

1) E te F, en

2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Excellent en T Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van door hem en zijn dochter, tijdens hun verblijf in Cuba, genoten zorg ten bedrage van 332,60 CUC (hierna: de aanspraak).

3.2. Bij brief van 18 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat onderzoek heeft uitgewezen dat hij een vervalste nota heeft ingediend. Tevens is aan verzoeker medegedeeld dat om die reden de (in totaal vier) ter declaratie ingediende nota's niet voor vergoeding in aanmerking komen; de reeds uitgekende vergoedingen worden teruggevorderd; de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 mei 2011 wordt beëindigd; de gegevens van verzoeker worden geregistreerd in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en in het Centraal Informatiesysteem (CIS) van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 17 november en 6 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Bij brief van 2 januari 2012 heeft verzoeker 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 verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 april 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 april 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Op 13 juni 2012 heeft hij de commissie evenwel bericht alsnog af te zien van de hoorzitting. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2012 per mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar is op 13 juni 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft de vier originele nota's van de door hem en zijn dochter tijdens hun verblijf in Cuba genoten zorg ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Door een fout van de ziektekostenverzekeraar zijn deze zoekgeraakt, waarna verzoeker is verzocht kopieën hiervan te verstrekken. De door verzoeker gemaakte kopieën waren slecht leesbaar. Daarom heeft verzoeker op 22 september 2010 telefonisch overlegd met een door hem bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Deze medewerkster heeft aan verzoeker medegedeeld dat verzoeker de bedragen handmatig kon invullen op de kopieën van de nota's. Verzoeker heeft haar gezegd de exacte bedragen niet meer te weten, waarop zij hem heeft geantwoord dat hij deze kon schatten. Verzoeker heeft vervolgens het bewuste advies opgevolgd.
- 4.2. Nadat de vier originele nota's door de ziektekostenverzekeraar waren teruggevonden, bleek dat de nota voor het ziekenhuisbezoek op 19 juli 2010 maar 92,- CUC bedroeg. Op de kopie van desbetreffende nota heeft verzoeker een bedrag van 192,- CUC vermeld. Aangezien deze nota betrekking had op een groot aantal onderzoeken, die de hele ochtend hadden geduurd, veronderstelde verzoeker dat de kosten hoger zouden liggen dan 100,- CUC. Op basis hiervan is hij tot het door hem ingevulde bedrag van 192,- CUC gekomen. Verzoeker heeft de vier nota's destijds ter plaatse contant voldaan. Hij kon de juistheid van zijn veronderstelling dus niet aan de hand van bankafschriften controleren.
- 4.3. Gezien het voorgaande heeft verzoeker op geen enkele wijze verwijtbaar gehandeld. Voorts is niet gebleken dat verzoeker opzettelijk heeft geprobeerd de ziektekostenverzekeraar te benadelen of dat hij (bewust) een onjuiste voorstelling van zaken heeft willen geven. Er is sprake van een vergissing. Bovendien zou een en ander niet zijn ontstaan als de ziektekostenverzekeraar de nota's niet was kwijtgeraakt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker ook verkeerd geïnstrueerd. Hierdoor is het risico op het declareren van een te hoog bedrag zeer groot geworden. De hieraan verbou-

den consequenties dienen dan ook geheel voor het risico van de ziektekostenverzekeraar te komen.

- 4.4. Daarnaast was het de ziektekostenverzekeraar bij ontvangst van de vier kopieën van de nota's duidelijk dat hierop bedragen handmatig waren vermeld. Dit is geen aanleiding geweest de nota's niet in behandeling te nemen. Hieruit moet worden geconcludeerd dat het niet ongebruikelijk is, en dus niet strijdig met de geldende procedure, handmatig bedragen op nota's in te vullen.
- 4.5. Verzoeker 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 27 september 2010 het schadeformulier 'Ziektekosten Buitenland' van verzoeker ontvangen. Bij dit formulier heeft verzoeker vier kopieën van de nota's gevoegd ter zake van de in Cuba gemaakte zorgkosten. Op het schadeformulier heeft verzoeker de bijgevoegde nota's gespecificeerd met relatienummer, datum nota, omschrijving arts en behandeling, en bedrag. Dit formulier is door verzoeker ondertekend. Twee van de vier bijgevoegde nota's zijn onleesbaar. Wel is op deze kopieën geschreven, namelijk "*bezoek ziekenhuis 19/7/2010 [naam dochter] Cuba 192 CUC*" en "*Bezoek ziekenhuis 21/7/10 [naam dochter] Cuba 32,00 CUC*". De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's aan verzoeker vergoed.
 - 5.2. Na enige tijd zijn de originele nota's teruggevonden. Bij vergelijking van de originelen en kopieën bleek dat op de originele nota van 19 juli 2010 voor een bezoek aan het ziekenhuis niet een bedrag van 192,-- CUC stond vermeld, maar slechts 92,-- CUC. Het verschil van 100,-- CUC bedraagt volgens de omrekenkoers van ABN AMRO, waarvan de ziektekostenverzekeraar gebruik maakt, € 76,89. Dit is de wisselkoers die geldt voor toeristen. Daarnaast is er een andere wisselkoers die geldt voor de Cubanen.
 - 5.3. Op 28 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch met verzoeker gesproken over deze kwestie. Verzoeker heeft tijdens dit gesprek verklaard dat hij kopieën van de originele nota's had gemaakt en dat hij daarop ook wat gegevens had ingevuld. Hij heeft expliciet (meerdere keren) medegedeeld dat hij het bedrag niet heeft opgeschreven. In de loop van het gesprek heeft verzoeker verteld dat de betreffende nota mogelijk naast een lijstje heeft gelegen en dat er per abuis een bedrag van 192,-- CUC op is geschreven.
 - 5.4. Het is opvallend dat verzoeker tegenover de commissie een andere verklaring geeft ten aanzien van de vermelding van het bedrag van 192,-- CUC dan die hij telefonisch tegenover de ziektekostenverzekeraar heeft gegeven.
 - 5.5. De medewerkster met wie verzoeker op 22 september 2010 telefonisch heeft gesproken over de ontvangst van de in eerste instantie ingediende nota's ontkent ten stelligste dat zij verzoeker heeft verteld dat hij zelf de bedragen op de kopieën kon vermelden en/of deze te schatten. De ziektekostenverzekeraar kan uiteraard een verzekerde niet tegenhouden om op (kopieën van) nota's gegevens en/of bedragen bij te schrijven. Een verzekerde neemt daarmee echter wel het risico dat een en ander bij nader onderzoek niet blijkt te kloppen.

- 5.6. Het had op de weg van verzoeker gelegen duidelijke kopieën van de door hem ingediende nota's achter te houden. Dat hij dit niet heeft gedaan en vervolgens volledig onleesbare kopieën met daarop een onjuist notabedrag heeft ingediend, komt volledig voor zijn rekening en risico.
- 5.7. Verzoeker is in het verleden ook geregistreerd geweest in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en bij het CIS. Destijds is deze registratie door bemiddeling van de tussenpersoon van verzoeker (tevens de zwager van verzoeker) ingetrokken. Ook in het onderhavige geval heeft deze tussenpersoon contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geweigerd deze registratie ongedaan te maken.
- 5.8. Alles overwegende kan niet anders worden geconcludeerd dan dat verzoeker door het aanpassen van het notabedrag van 92,-- CUC naar 192,-- CUC de opzet moet hebben gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden met het doel een financieel voordeel te behalen waarop geen aanspraak bestaat.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoeker pas in een laat stadium van de procedure heeft gesteld dat hij op aanwijzing van een medewerker de bedragen heeft geschat. Dit heeft hij in het eerste gesprek met de ziektekostenverzekeraar niet verklaard. Daarom is sprake van opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 13 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aantoonbaar fraude heeft gepleegd, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en luidt:

*"18.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
18.2 Elk uit deze zorgverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde*

voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

18.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-) kosten terugvorderen.”

- 8.3. In artikel 15 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is een vrijwel gelijklopende bepaling opgenomen ten aanzien van fraude en de consequenties daarvan. In dit artikel is voorts bepaald dat:

“Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor het (Keuze) Zorg Plan is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringwet.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. 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.
- 9.2. Bij de uitleg van de artikelen 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 15 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 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).
- 9.3. De bedoeling van de artikelen 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 15 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in de artikelen 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 15 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gebezigde terminologie “onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “met het opzet de verzekeraar te misleiden”.

- 9.4. Het voorgaande betekent, kort gezegd, dat moet komen vast te staan dat verzoeker opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of heeft willen geven. De bewijslast dienaangaande ligt bij de ziektekostenverzekeraar.
- 9.5. Vast staat dat verzoeker het bedrag van 192,-- CUC op de kopienota heeft geschreven, terwijl de werkelijke ziektekosten 92,-- CUC hebben bedragen. Het verschil tussen beide bedragen is, omgerekend in euro's, € 76,89.
- 9.6. De stellingen van de ziektekostenverzekeraar komen samengevat hierop neer dat de verklaringen van verzoeker niet altijd consequent zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar leidt daar kennelijk uit af dat bij verzoeker het opzet aanwezig was de ziektekostenverzekeraar te misleiden.
- 9.7. De door de ziektekostenverzekeraar gestelde feiten en omstandigheden zijn onvoldoende om daaruit de conclusie te kunnen trekken dat verzoeker opzettelijk de verzekeraar heeft willen misleiden of heeft misleid. Niet is vast komen te staan dat verzoeker met de vermelding van het bedrag van 192,-- CUC op de kopie-nota het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden met als beweegreden zodoende een hogere vergoeding te verkrijgen. Niet valt uit te sluiten dat verzoeker zich bij het vermelden van het bedrag van 192,-- CUC, gezien het tijdsverloop, niet meer precies kon herinneren welk bedrag hij – contant – had betaald en zich mitsdien heeft vergist in de weergave daarvan.
- 9.8. Dit voert de commissie tot de conclusie dat de door de ziektekostenverzekeraar, vanwege de veronderstelde fraude getroffen maatregelen, niet terecht waren en dat deze met terugwerkende kracht dienen te worden ingetrokken.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald in 9.8.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 11 juli 2012,

Voorzitter