



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Veronderstelde fraude, aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen, acupunctuur, onjuiste data op de nota's, vergoeding nota's, terugvordering uitgekeerde vergoedingen, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, melding van de registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, vordering onderzoekskosten

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017 en 2018, artt. 6:96, 7:941 en 7:943 BW

Zaaknummer : 201901660

Zittingsdatum : 18 maart 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft haar klacht op 22 juli 2019 voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Tijdens een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 10 september 2019 heeft verzoekster gevraagd haar zaak direct door te zetten naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) voor een bindend advies.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 december 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft in deze brief verzocht om bankafschriften van verzoekster die haar stellingen onderschrijven. Daarnaast deelt de ziektekostenverzekeraar mee dat hij nadere informatie gaat opvragen bij de zorgaanbieder. Een afschrift van deze brief is op 6 december 2019 aan verzoekster gezonden. Verzoekster is hierbij verzocht de gevraagde bankafschriften aan de commissie te sturen. Verzoekster heeft op 19 december 2019 een aantal bankafschriften aan de commissie gezonden. De bankafschriften zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 februari 2020 zijn uiteindelijke standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 14 februari 2020 respectievelijk 20 februari 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op verschillende momenten nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Dit zijn nota's van de acupunctuurbehandelingen van haar twee op de zelfde polis verzekerde, minderjarige dochters. Op 2 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar de nota van 3 oktober 2018 ontvangen. Omdat een aantal van de hierop vermelde behandeldata een overlap vertoonde met een eerder gedeclareerde nota voor in Turkije verleende zorg, is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart. Verzoekster is hierover bij brief van 10 april 2019 geïnformeerd. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft op 13 april 2019 gereageerd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar op 26 april

2019 zijn vermoedens aan verzoekster meegedeeld en heeft hij aanvullende informatie bij haar opgevraagd. Verzoekster heeft hierop schriftelijk gereageerd.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 juni 2019 aan verzoekster meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoekster nota's ter declaratie heeft ingediend waarop behandelingen staan vermeld die niet hebben plaatsgevonden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat drie nota's niet waarheidsgetrouw zijn en dat verzoekster opzettelijk heeft getracht hem te misleiden. De op 2 april 2019 gedeclareerde nota wordt daarom niet vergoed. De uitgekeerde vergoedingen op basis van twee nota's die eerder waren gedeclareerd, worden teruggevorderd. Daarnaast worden de onderzoekskosten van € 125,- op verzoekster verhaald. Voorts worden de gegevens van verzoekster voor de duur van acht jaren opgenomen in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Deze opname is gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsschuldigheid (CBV) van het Verbond van Verzekeraars.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens de onderhavige procedure aanvullende informatie opgevraagd bij de betrokken zorgaanbieder. Deze heeft op 23 januari 2020 het volgende verklaard: *"[Verzoekster] is al jarenlang een vaste klant. In verband met haar vakantieperiode in 2018 zijn veel ingeplande behandelingen van haar kinderen op een later moment ingehaald. Hieronder volgt een totaal overzicht met data van de behandelingen.*  
(...)  
*Tot slot vraagt u mij hoe ik de behandelingen inplan en in welke frequentie. Of er vooraf of achteraf wordt betaald en wanneer de factuur wordt meegegeven. De eerste afspraak betreft een consultgesprek. Aan de hand van het gesprek zal het behandelplan per individueel geval worden uitgestippeld en indien gewenst kan de eerste behandeling meestal meteen op dezelfde dag plaatsvinden. Het totaal aantal behandelingen verschilt per klacht of aandoening. Klanten hebben 2 mogelijkheden bij ons. Indien de klant akkoord gaat met het behandelplan en de behandelingen wil inplannen wordt er vooraf betaald. Dit om tijd vrij te maken voor de behandeling. Ook kan de klant ervoor kiezen om na elke behandeling een afspraak te maken voor een vervolgbehandeling. Hierbij wordt dan per keer na elke behandeling betaald. Voor alle klanten geldt dat de factuur pas wordt meegegeven aan het einde van het behandeltraject."*

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) zij geen fraude heeft gepleegd;
- (ii) de niet-vergoede nota alsnog wordt vergoed en de uitgekeerde vergoedingen niet worden teruggevorderd, dan wel dat in ieder geval de kosten van de behandelingen die met de juiste data op de nota's staan vermeld worden vergoed;
- (iii) de registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en de melding hiervan bij het CBV ongedaan worden gemaakt;
- (iv) de vordering van de onderzoekskosten komt 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. Dit blijkt uit 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.
- 6.2. Verzoekster heeft nota's uit 2017 en 2018 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze hebben betrekking op acupunctuurbehandelingen van haar twee minderjarige dochters. Verzoekster heeft verklaard dat het originele nota's betreft en dat de hierop vermelde bedragen door haar zijn betaald. Zij en haar kinderen verbleven in Turkije van 26 juni 2017 tot en met 31 augustus 2017 en van 21 juni 2018 tot en met 23 augustus 2018. Er is inderdaad een overlap met hun verblijf in Turkije en de op de nota's vermelde behandeldata. Dit komt volgens verzoekster doordat bij aanvang van de behandeling meteen een aantal data wordt ingepland, en er tijd wordt gereserveerd door de behandelaar. De behandelingen die door de vakanties niet konden doorgaan, zijn op andere data ingehaald. Verzoekster heeft de behandelingen vooraf betaald. Zij heeft op 26 april 2019 in dit verband verklaard dat de pinautomaat bij de zorgaanbieder niet altijd werkt, en dat zij daarom soms bij een automaat in de buurt moest pinnen om contant te kunnen betalen. Ook zijn sommige betalingen per bank verricht. Verzoekster heeft op 18 december 2019 verklaard dat het niet noodzakelijk was geld op te nemen om de zorgaanbieder te betalen. Zij beschikt over contant geld dat zij opzij heeft gezet voor de acupunctuurbehandelingen. Verzoekster heeft verder op 17 februari 2020 verklaard dat zij een aantal keren heeft kunnen pinnen bij de zorgaanbieder en dat zij bij andere gelegenheden geld moest opnemen om te kunnen betalen. Daarnaast heeft zij altijd contant geld bij zich om de behandelingen te voldoen. Zij benadrukt dat de zorg is verleend. Dit is ook bevestigd door de zorgaanbieder. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 juni 2019 een voorstel gedaan in het geval hij de vooruitbetaalde behandelingen die in een vakantieperiode vallen niet accepteert. Zij is bereid hiermee in te stemmen en haar aanspraak op vergoeding van deze behandelingen te laten vervallen. Maar de kosten van de behandelingen in de perioden dat verzekerden wél in waren moeten dan gewoon worden vergoed.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2019 van verzoekster een nota ontvangen met factuurdatum 3 oktober 2018 voor de aan een van haar dochters verleende acupunctuurbehandelingen in de periode 28 juni 2018 tot en met 12 september 2018. Bij de verwerking van deze nota is vastgesteld dat er een overlap is tussen de periode dat verzekerde in acupunctuurbehandelingen onderging en de periode waarin zij in Turkije verbleef. Uit een eerder gedeclareerde buitenlandse zorgnota is namelijk gebleken dat zij van 25 juni 2018 tot en met 24 augustus 2018 in Turkije verbleef. De ziektekostenverzekeraar is daarom een onderzoek gestart. Uit het onderzoek is gebleken dat ook voor twee andere gedeclareerde nota's (uit 2017 en 2018) geldt dat er behandeldata op staan waarop geen behandeling kan hebben plaatsgevonden, omdat de betreffende verzekerde toen in het buitenland verbleef. Dit wordt bevestigd aan de hand van de door verzoekster overgelegde vliegtickets. De stelling van verzoekster dat zij de behandelingen vooraf heeft betaald, is volgens de ziektekostenverzekeraar onjuist. Uit de nota's blijkt namelijk dat deze op de laatste behandeldatum zijn uitgeschreven. Verzoekster heeft aangevoerd dat pinbetaling het uitgangspunt was. Als de pinautomaat van de zorgaanbieder niet werkte, zou zij in de buurt zijn gaan pinnen om alsnog contant te betalen. Zij heeft een aantal bankafschriften overgelegd. Hierin is echter geen omschrijving vermeld, en de bedragen komen niet overeen met de bedragen op de nota's. Verzoekster heeft ook niet toegelicht welke afschrijving bij welke declaratie hoort. Tijdens de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster bankafschriften gevraagd die een en ander onderschrijven. Verzoekster heeft een aantal bankafschriften overgelegd. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat uit deze bankafschriften niet blijkt dat de geldopnames vlakbij het adres van de zorgaanbieder hebben plaatsgevonden. Slechts één geldopname was in de buurt van de zorgaanbieder, maar die vond plaats op een dag dat geen behandeling stond gepland.

Verzoekster heeft aangevoerd dat zij de behandelingen vooruit heeft betaald vanwege het vastzetten van de data. Deze stelling bevreemdt de ziektekostenverzekeraar. Zo staan op de nota van januari 2018 bijvoorbeeld vijf behandelingen vermeld die in de vakantieperiode vallen, terwijl verzekerde vlak ná de eerste behandeling van 2 januari 2018 is vertrokken naar het buitenland. Voor de behandelingen vanaf juni 2018 geldt hetzelfde. De ziektekostenverzekeraar vindt het hoogst onaannemelijk dat iemand daags voor zijn vertrek naar het buitenland behandelingen vooruit betaalt om deze data te reserveren, terwijl hij al weet dat hij op die data niet kan worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvullende informatie opgevraagd bij de zorgaanbieder, onder meer over de wijze van betaling. De zorgaanbieder heeft verklaard dat twee van de nota's contant zijn voldaan, terwijl deze nota's volgens verzoekster deels contant en deels met de pin zijn betaald. Dit zijn twee tegenstrijdige verklaringen. Daarnaast heeft de zorgaanbieder verklaard dat de nota pas aan het einde van het behandeltraject wordt verstrekt. Hieruit volgt volgens de ziektekostenverzekeraar dat niet is te rechtvaardigen dat de nota's onjuiste behandeldata vermelden. De behandelingen hebben dan immers al op andere inhaaldata plaatsgevonden. Hierdoor wist zowel verzoekster als de zorgaanbieder dat de nota's inhoudelijk incorrect zijn. Desalniettemin heeft verzoekster de nota's zonder commentaar ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 6.4. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:941, vijfde lid, Burgerlijk Wetboek (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.
- 6.5. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vèrstekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister, 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.
- 6.6. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het 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 verzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 6.7. De behandelingen acupunctuur vallen onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het voorgaande is verwoord in artikel 7 van de betreffende verzekeringsvoorwaarden. Voor de beoordeling is verder van belang dat de zorgverzekeraar ter onderbouwing van zijn standpunt het onderzoeksrapport heeft overgelegd.
- 6.8. De commissie stelt vast dat drie van de door verzoekster ter declaratie ingediende nota's behandeldata bevatten waarvan onomstreden is dat de betrokken verzekerde op dat moment in het buitenland verbleef. De betreffende behandelingen kunnen dus niet hebben plaatsgevonden op de vermelde data. Partijen verschillen hierover niet van mening. Bovendien wordt dit aan de hand van de overgelegde vliegtickets bevestigd. In artikel 6, derde lid, van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat een nota zodanig moet zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden. Aangezien een aantal van de behandeldata op voornoemde nota's niet klopt, is niet voldaan aan voornoemde voorwaarde. In het verlengde hiervan is in het zesde lid van voornoemd artikel bepaald dat als geheel of gedeeltelijk niet is voldaan aan de in het artikel genoemde verplichtingen, aanspraken op vergoeding komen te vervallen dan wel reeds uitgekeerde vergoedingen worden teruggevorderd. Van de drie onderhavige nota's staat vast dat een deel van de vermelde behandeldata niet correct is. Dit heeft tot gevolg dat

de vergoeding voor de gehele nota komt te vervallen. De nota van 3 oktober 2018 is daarom terecht afgewezen voor vergoeding, en de uitgekeerde vergoedingen op basis van de nota's van 10 januari 2018 en 6 juli 2018 zijn terecht door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderd.

- 6.9. Vervolgens moet worden beoordeeld of verzoekster met het indienen van nota's - die niet (volledig) correct zijn - het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. De commissie overweegt dat er in dat kader veel feiten in het nadeel van verzoekster zijn. Verzoekster heeft wisselende verklaringen afgelegd over de betaling van de nota's (contant, per pin of per bank). De door haar overgelegde bewijzen stroken niet met haar verklaringen. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij de kosten vooraf moest betalen vanwege het reserveren van tijd voor de behandelingen. Het komt de commissie niet logisch voor dat een zorgaanbieder afspraken vastlegt op data waarvan ten tijde van het maken van de afspraken al bekend is dat verzekerde is verhinderd. Daarnaast is door de zorgaanbieder verklaard dat de nota pas aan het eind van het behandeltraject wordt verstrekt. Op dat moment was dus al bekend op welke data de (inhaal)behandelingen hadden plaatsgevonden. Dit zou tot gevolg moeten hebben dat de juiste behandeldata op de nota's worden vermeld. Hierbij is de commissie opgevallen dat de nota van 10 januari 2018 is uitgeschreven op een datum waarop betrokkene nog in Turkije was. Uit het overgelegde vliegticket blijkt immers dat zij van 3 januari 2018 tot en met 22 januari 2018 in Turkije verbleef. Daarnaast heeft de zorgaanbieder over deze nota verklaard dat de behandelingen pas ná 22 januari 2018 zijn ingehaald. En dus ook ná het opmaken van de nota, die daarom per definitie niet correct kan zijn. Dit laatste komt niet overeen met de verklaring van de zorgaanbieder over het moment van het opmaken van de nota, hetgeen overigens eveneens geldt voor de andere twee nota's.
- 6.10. De door verzoekster afgegeven verklaringen overtuigen daarom niet. Als indiener van de nota's is zij verantwoordelijk voor de juistheid hiervan. Als het al zo zou zijn dat de verklaringen van verzoekster steekhoudend zijn, hetgeen nadrukkelijk niet het geval is, dan had zij dit moeten vermelden bij het indienen van de nota's. Door deze toelichting achterwege te laten, kan het indienen van de onjuiste nota's aan haar worden toegerekend. Hierbij kan nog worden opgemerkt dat het financiële voordeel uiteindelijk bij verzoekster terecht zou komen. Zij ontving immers een vergoeding voor behandelingen die - uitgaande van haar lezing - nog niet hadden plaatsgevonden.
- 6.11. Naar het oordeel van de commissie staat vast dat verzoekster onjuiste nota's bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd met de bedoeling hem te benadelen. Het opzet tot misleiding blijkt uit het feit dat verzoekster driemaal een onjuiste nota ter declaratie heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom overgaan tot de door hem opgelegde maatregelen. Deze zijn naar hun aard proportioneel, maar de commissie ziet aanleiding de duur van de registratie in het interne Incidentenregister en die van de melding bij het CBV te beperken tot zes jaren.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 maart 2020,

G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## 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, 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, deze inschrijven in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen (Fraude Informatie Systeem Holland) en zo nodig aangifte doen bij Justitie;
- f. 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**            Indien de Verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, zal de Verzekeraar na de premievervaldag de Verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Indien geen betaling plaatsvindt binnen deze periode, zal de Verzekeraar 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 kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, 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 kosten 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.



- lid 3** Uitsluitend originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de Verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldatum, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden door de Verzekeraar in behandeling genomen. De nota dient zodanig te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de Verzekeraar is gehouden.
- De Verzekerde is verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener, indien de Verzekerde de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener. Indien de Verzekerde een nota van een zorgverlener zelf heeft betaald, kan de Verzekeraar de Verzekerde verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs.
- lid 4** Verzekerde is verplicht ervoor zorg te dragen dat:
- a. De originele nota bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de Verzekeraar is ingediend. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum van de zorgverlener.
  - b. Aan de Verzekeraar, zijn medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
  - c. Voor behandelingen, die op grond van deze Algemene Voorwaarden uitsluitend op voorschrift van de behandelend huisarts, specialist of tandarts mogen geschieden, een verwijzing wordt overgelegd, indien hierom door de Verzekeraar wordt gevraagd;
  - d. Bij een ongeval met dodelijke afloop, op grond waarvan uit hoofde van de Verzekering recht op een uitkering bestaat, de Verzekeraar daarvan zo snel mogelijk, maar tenminste 48 uur voor de begrafenis of crematie, telefonisch in kennis wordt gesteld;
  - e. Een schade waarvoor op grond van de Verzekering aanspraak op rechtsbijstand bestaat terstond bij de Verzekeraar wordt gemeld; de Verzekeraar draagt zorg voor doormelding aan de DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
- lid 5** Op straffe van verlies van recht op vergoeding van kosten die zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde, zal de Verzekerde al het mogelijke doen om de Verzekeraar alle inlichtingen en medewerking te verstrekken die noodzakelijk zijn voor het uitoefenen van rechten op verhaal op die aansprakelijke derde.
- In geen geval mag de Verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de Verzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de Verzekeraar op enige wijze in zijn rechten zou kunnen worden benadeeld.
- lid 6** Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan de hiervoor vermelde verplichtingen komen aanspraken op vergoeding te vervallen dan wel worden reeds gedane betalingen teruggevorderd; een en ander ter beoordeling van de Verzekeraar.
- lid 7** Mededelingen en toezeggingen door de Verzekeraar binden de Verzekeraar uitsluitend, indien deze schriftelijk zijn bevestigd door de Verzekeraar.

## 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, 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, deze inschrijven in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen (Fraude Informatie Systeem Holland) en zo nodig aangifte doen bij Justitie;
- f. 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**      Indien de Verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, zal de Verzekeraar na de premievervaldag de Verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Indien geen betaling plaatsvindt binnen deze periode, zal de Verzekeraar 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 kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, 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 kosten 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.