



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak	: Veronderstelde fraude, geneeskundige zorg, Egypte, vergoeding nota's, 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 zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artt. 6:96, 7:941 en 7:943 BW
Zaaknummer	: 201801759
Zittingsdatum	: 23 oktober 2019

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

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 28 februari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) hij geen fraude heeft gepleegd, (ii) zijn gegevens ten onrechte zijn opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, (iii) de melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude ongedaan moet worden gemaakt, (iv) de door hem gedeclareerde kosten alsnog moeten worden vergoed, en (v) dat hij de gevorderde onderzoekskosten niet is verschuldigd (hierna: het verzoek).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 juni 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2019 aan verzoeker gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2017 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. De huisarts van verzoeker heeft op 10 april 2017 in het journaal ter zake verzoeker het volgende genoteerd: *"4/4 in Egypte gevallen, hoofdwond re tegen tegel (straat). Was paar min buiten bewustzijn vlgns omstanders. Is ook een stuk uit t geheugen kwijt, kan zich her[r]inneren dat hij later bij dokter (huisarts) was, was daarheen gebracht door de omstanders. Aldaar wond gehecht. Dokter stuurde hem naar ZH. Aldaar wilde de ar[s]t[s] foto's maken en lab prikken maar pt vertrouwde t niet, heeft t niet laten doen, voelde zich steeds slapjes en paar maal lichte collapsneiging. 8/4 naar [b]ned vertrokken, collaps op luchthaven f[F]rankfurt. Gi[o]ster[en] en nu ook slapjes, Alhier in wachtkamer collapsne[u]i[nging]. Klaagt over hoofdpijn"*

3.3. De behandelend neuroloog (op de spoedeisende hulp) heeft bij brief van 10 april 2017 over verzoeker verklaard:

*"Reden bezoek:
collaps neiging en traag na trauma capitis
(...)*

*Anamnese:
In Egypte 4 april rond 18 uur uitgegleden en met hoofd op opstaande rand met scherpe tegels geklapt. Hoorde naar geluid. Ongeveer 1,5 minuut buiten bewustzijn geweest, weet alles van voor de val en daarna. Ruim gebloed. Niet misselijk, niet gebraakt. Zelfde dag hoofdpijn, later niet meer.*

Wel langzaam pijn rechterzijde nek ontstaan. Aan onderzijde schedel rechts ook een zwelling gevoeld die groeit en weer krimpt. Aantal uur later gehecht in ZH, maar ivm gebrekkige hygiënische omstandigheden opname en verder onderzoek geweigerd. Wel 2 dagen later bij huisarts in Egypte kort onderzocht, deze dacht aan milde hersenschudding. Heeft geen hematomen gezien. Afgelopen week tweemaal gevoel gehad flauw te vallen, eenmaal na opstaan, eenmaal bij starten lopen. Zakte weg bij gaan liggen.

(...)

Diagnose:

1. Trauma capitis: Hoofdtrauma zonder aanwijzingen voor intracranieel letsel of fracturen CWK.

2. Zwelling rechts onder schedel. DD reactieve lymfklier.

3. Near-collaps: DD vasovagale collaps.

4. Bradycardie met verder normaal ECG

(...)"

- 3.4. Verzoeker heeft op 4 december 2017 drie nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft in de 'Toelichting declaratieformulier' vermeld dat de ziekenhuisopname het gevolg was van een ongeval dat heeft plaatsgevonden in "Masoura" op 4 april 2016. Tevens heeft hij verklaard dat 31 maart 2016 de aanvangsdatum van zijn reis was, en dat hij op 28 april 2016 naar is teruggekeerd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 december 2017 aan verzoeker meegedeeld dat de afhandeling van zijn declaratie langer zou duren dan gewoonlijk. Op 16 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker gevraagd om een kopie van zijn vliegticket en/of visum waaruit blijkt dat hij van 31 maart 2016 tot en met 28 april 2016 in Egypte verbleef. Op 5 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een herinnering gestuurd. Op 6 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van het visum van verzoeker ontvangen.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 8 maart 2018 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 19 maart 2018 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.
- 3.7. Verzoeker heeft op 25 maart 2018 het machtigingsformulier van de ziektekostenverzekeraar ondertekend. Verzoeker heeft hiermee verklaard dat hij ervan op de hoogte is dat de ziektekostenverzekeraar onderzoek doet naar de door hem ingediende declaratie en de bijbehorende facturen die betrekking hebben op in Egypte gemaakte kosten voor zorg. Hij geeft de ziektekostenverzekeraar toestemming om alle relevante (medische) informatie te verzamelen. Voorts geeft hij de zorgaanbieders toestemming om informatie te verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar en/of de door hem ingeschakelde partijen.
- 3.8. Op 17 mei 2018 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is ook het verloop van de gebeurtenissen besproken.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 juli 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoeker opzettelijk heeft geprobeerd hem te misleiden, omdat de op 4 december 2017 ingediende declaratie niet waarheidsgetrouw is. De gedeclareerde kosten worden daarom niet vergoed. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker 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. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 200,-- aan onderzoekskosten van verzoeker gevorderd.
- 3.10. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

4. Geschil

- 4.1. In geschil is of verzoeker heeft geprobeerd de ziektekostenverzekeraar met opzet te misleiden, zoals is bedoeld in de polisvoorwaarden. In het verlengde hiervan is in geschil of de ziektekostenverzekeraar daarom vergoeding van de door verzoeker gedeclareerde kosten mocht weigeren. Voorts is in geschil of de ziektekostenverzekeraar de gegevens van verzoeker mocht opnemen in het interne Incidentenregister en deze registratie mocht melden bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, en of hij de onderzoekskosten (gedeeltelijk) op verzoeker mocht verhalen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is 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. Dit volgt uit de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. In artikel 1 van de zorgverzekering is het begrip 'fraude' gedefinieerd. In artikel 11, vierde lid, van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van betrokkene kan registreren in het Extern Verwijzingsregister. In artikel 12, vijfde lid, van de zorgverzekering is bepaald dat betrokkene verplicht is de ziektekostenverzekeraar alle relevante en juiste informatie te geven. Ook wordt in dit artikel bepaald wat de mogelijke gevolgen zijn als betrokkene de ziektekostenverzekeraar een verkeerde voorstelling van zaken geeft, valse of misleidende stukken indient, een onware opgave met betrekking tot zijn ingediende declaratie doet of anderszins handelt met het opzet om de ziektekostenverzekeraar te benadelen. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, Burgerlijk Wetboek (BW) vervalt het recht op uitkering als betrokkene een verplichting als bedoeld in het eerste en tweede lid 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. Het vijfde lid is ingevolge artikel 7:943, tweede lid, BW van dwingend recht, en hiervan kan niet ten nadele van betrokkene worden afgeweken. In artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het begrip 'fraude' gedefinieerd. In artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat betrokkene verplicht is de ziektekostenverzekeraar alle relevante en juiste informatie te geven. Ook wordt in dit artikel bepaald wat de mogelijke gevolgen zijn als betrokkene de ziektekostenverzekeraar een verkeerde voorstelling van zaken geeft, valse of misleidende stukken indient, of een onware opgave met betrekking tot zijn ingediende declaratie doet of anderszins handelt met het opzet de ziektekostenverzekeraar te benadelen. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Volgens verzoeker verbleef hij in 2017 tweemaal een periode in Egypte. Op 4 april 2017 heeft hij een ongeval gehad, waarbij hij met zijn hoofd tegen een straattegel is geklapt. Hij is hierdoor buiten bewustzijn geraakt, waarna hij naar het ziekenhuis is gebracht. Aldaar is hij opgenomen geweest van 4 april 2017 tot en met 8 april 2017. Verzoeker is vervolgens teruggereisd naar en heeft op 10 april 2017 de huisarts geconsulteerd. De huisarts heeft hem verwezen naar het ziekenhuis. Uit de onderzoeken in blijkt dat verzoeker op zijn hoofd is gevallen. Als gevolg hiervan is hij vergeetachtig, snel vermoeid en kan zich niet goed concentreren. Dat verzoeker kampt met concentratieproblemen en vergeetachtigheid is door zijn huisarts bevestigd.
- 6.3. Bij het ter declaratie indienen van de nota's heeft verzoeker naar eigen zeggen een vergissing gemaakt bij het invullen van de periode van verblijf in Egypte. Hij heeft per ongeluk de periode vermeld die hij in 2016 in Turkije verbleef. Verzoeker was van 20 maart 2017 tot en met 8 april 2017,

en van 12 september 2017 tot en met 6 oktober 2017 in Egypte. Nadat de ziektekostenverzekeraar hem hierop had gewezen, heeft verzoeker dit gecorrigeerd. Het was niet zijn intentie om onjuiste informatie te verstrekken. Dat dit is gebeurd, is te wijten aan zijn vergeetachtigheid en onoplettendheid bij het invullen van het declaratieformulier. Bij verzoeker was sprake van verwarring, omdat de visastempels van beide reizen op dezelfde pagina stonden.

- 6.4. Verzoeker stelt verder dat hem niet kan worden verweten dat de artsen en ziekenhuizen in Egypte niet secuur zijn geweest bij het verstrekken van de informatie over zijn behandeling aldaar. De nota van het laboratorium staat weliswaar niet op zijn naam, maar hij heeft de betreffende kosten wel gemaakt. Hij verwijst hierbij naar de uitslag van het laboratoriumonderzoek die wel op zijn naam staat. Verzoeker benadrukt dat hij de betreffende nota te goeder trouw heeft aangenomen van de zorgaanbieder, zonder deze te controleren.
- 6.5. Verzoeker betwist uitdrukkelijk dat hij fraude heeft gepleegd. Zijn declaratie is ten onrechte afgewezen en zijn persoonsgegevens zijn ten onrechte opgenomen in het interne Incidentenregister. Ook de melding van deze opname bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsschuldigheid van het Verbond van Verzekeraars heeft ten onrechte plaatsgevonden. Voorts is hij ook de gevorderde onderzoekskosten niet verschuldigd.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2017 van verzoeker een declaratie ontvangen met betrekking tot de in Egypte gemaakte kosten van medische zorg. Verzoeker had op het declaratieformulier vermeld dat hij van 31 maart 2016 tot en met 28 april 2016 in Egypte verbleef. De drie ter declaratie ingediende nota's hadden evenwel betrekking op het jaar 2017. Daarnaast zijn de ziektekostenverzekeraar nog enkele onregelmatigheden opgevallen. De ziektekostenverzekeraar is daarom een onderzoek gestart.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft geconstateerd dat de nota van het laboratorium niet op naam van verzoeker staat. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar wisselende verklaringen afgelegd. De ene keer heeft verzoeker verklaard dat hij de nota zonder te kijken, in vol vertrouwen, heeft aangenomen van de zorgaanbieder, en dat hij deze daarom verder niet heeft bekeken. De andere keer heeft hij verklaard dat het hem bekend is dat men in Egypte niet zo zorgvuldig werkt, en dat hij het destijds al niet vertrouwd. Verzoeker erkent - achteraf - dat de nota niet op zijn naam staat, maar blijft volhouden dat het onderzoek wèl voor hem is uitgevoerd en dat hij de kosten ook heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat het om een digitale nota gaat, en dat hierop ook staat vermeld dat door een andere persoon is betaald. Daarnaast staan op deze nota en de uitslag van verzoeker verschillende onderzoeken vermeld. De ziektekostenverzekeraar vindt het daarom opvallend dat verzoeker hetzelfde bedrag zou hebben betaald voor de bij hem verrichte onderzoeken, als degene die op de nota staat vermeld.
- 6.8. Ten aanzien van de opname in het ziekenhuis, heeft de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat ook hierover de nodige onduidelijkheid bestaat. Over het vervoer naar het ziekenhuis heeft verzoeker wisselende verklaringen afgelegd, namelijk dat dit heeft plaatsgevonden per ambulance en dat hij is gebracht door vrienden. In het dossier van de Nederlandse huisarts is te lezen dat verzoeker heeft verteld dat hij door omstanders naar de huisarts is gebracht, dat hij daar is gehecht, en dat hij vervolgens naar het ziekenhuis is gestuurd. In de anamnese van de spoedeisende hulp van het Nederlandse ziekenhuis is daarentegen te lezen dat verzoeker heeft verteld dat hij een aantal uren na zijn val is gehecht in het ziekenhuis en dat hij twee dagen later kort door de huisarts is onderzocht. Ook staat in de anamnese dat opname in het ziekenhuis door verzoeker is geweigerd in verband met de gebrekkige hygiënische omstandigheden. Het medisch dossier van de huisarts vermeldt ook dat de arts in het ziekenhuis foto's wilde maken en bloed wilde afnemen, maar dat verzoeker het niet vertrouwd en dit dus niet heeft laten doen. De nota van het ziekenhuis is niet gespecificeerd. Daarnaast staan er, als het gaat om de opnamedatum en ontslagdatum, verschillende data op de nota vermeld.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat verzoeker heeft aangevoerd dat hij fouten heeft gemaakt, omdat hij als gevolg van het ongeval last heeft van verwarring en vergeetachtigheid. De

ziektekostenverzekeraar ziet hiervoor in de medische stukken echter geen aanwijzingen. Bovendien zijn de kosten van het laboratorium gemaakt in september 2017. Dit is vijf maanden nadat het ongeval had plaatsgevonden.

- 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. Bij betwisting door de wederpartij moet de ziektekostenverzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 6.13. Het voorgaande is in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel 12 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. Ten aanzien van de nota van het laboratorium stelt de commissie vast dat deze niet op naam van verzoeker staat. Verzoeker heeft dit - in een later stadium van het onderzoek - ook erkend. Als toelichting heeft hij verklaard dat hij de betreffende kosten wèl heeft gemaakt en dat de uitslag van het laboratoriumonderzoek op zijn naam staat. Verzoeker heeft de nota evenwel ingediend als zijnde kosten die door hem zijn gemaakt. Dat verzoeker mogelijk kosten van laboratoriumonderzoek heeft gemaakt, valt - zeker gezien de door hem overgelegde uitslagen - niet uit te sluiten. Dat de ter declaratie ingediende nota geen betrekking heeft op de door hem gemaakte kosten staat evenwel vast. Verzoeker is, als degene die de nota ter declaratie indient, verantwoordelijk voor de juistheid hiervan. Door zijn handelen heeft verzoeker zich willens en wetens blootgesteld aan de mogelijkheid dat deze nota niet correct was. Hierdoor is het voorwaardelijke opzet bewezen.
- 6.15. Met betrekking tot de 'nota' van de ziekenhuisopname merkt de commissie het volgende op. Dit stuk is een verklaring van het ziekenhuis in Egypte waarin ook een totaalbedrag van de kosten is vermeld. Het is eigenlijk geen nota. Daarnaast zijn in het dossier uiteenlopende verklaringen van verzoeker aanwezig over hoe hij naar het ziekenhuis is vervoerd. Ook is onduidelijk of de wond op zijn hoofd is gehecht door een huisarts of in het ziekenhuis. Verzoeker heeft voorts meermaals verklaard dat hij enkele dagen opgenomen is geweest in het betreffende ziekenhuis. Echter, in het verslag van de spoedeisende hulp in van 10 april 2017 staat bij de anamnese het volgende vermeld: *"Aantal uur later gehecht in ZH, maar ivm gebrekkige hygiënische omstandigheden opname en verder onderzoek geweigerd. Wel 2 dagen later bij huisarts in Egypte kort onderzocht (...)"*. Verzoeker heeft hier dus verklaard dat hij niet opgenomen is geweest in het ziekenhuis. De commissie vindt het voorgaande evenwel onvoldoende om voorwaardelijke opzet bewezen te achten.
- 6.16. Verzoeker heeft als verweer aangevoerd dat hij als gevolg van het ongeval last heeft van vergeetachtigheid en concentratieproblemen. De huisarts heeft op 10 april 2017 geschreven dat verzoeker diep moet nadenken om het verhaal te vertellen. In het verslag van de spoedeisende hulp van 10 april 2017 staat daarentegen dat verzoeker alles van vóór de val en daarna nog weet. De

door verzoeker aangevoerde vergeetachtigheid en concentratieproblemen worden niet vermeld in de medische informatie die in het dossier aanwezig is.

- 6.17. Ten aanzien van de gedeclareerde kosten van de apotheek overweegt de commissie dat op grond van artikel 12 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering in het geval van fraude het recht op vergoeding van de gehele declaratie vervalt. Dus ook voor het deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. Aangezien van één nota is gebleken dat deze als frauduleus is aan te merken, vervalt ook het recht op vergoeding van de tegelijkertijd gedeclareerde nota van de apotheek en de gedeclareerde kosten van het ziekenhuis.

Hierbij merkt de commissie ten overvloede nog op dat 'Canderel' een zoetstof is, daarom niet is aan te merken als geneesmiddel, en dus sowieso niet voor vergoeding in aanmerking komt.

- 6.18. Gezien het bovenstaande concludeert de commissie dat is komen vast te staan dat de nota van het laboratorium niet op naam van verzoeker staat, maar dat hij deze wel heeft gedeclareerd als zijnde kosten van door hem genoten zorg. Hiermee staat vast dat deze nota niet correct is en dat sprake is van voorwaardelijke opzet. Van de andere twee declaraties staat het voorwaardelijke opzet niet vast.

Een en ander bevestigt de conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat is getracht hem te misleiden en dat sprake is van fraude als bedoeld in artikel 12 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit laatste rechtvaardigt de getroffen maatregelen, te weten opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister, melding van deze opname bij het Centrum Bestrijding Verzekeringssriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, afwijzing van de gedeclareerde nota's en het verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 200,-. De commissie overweegt dat deze maatregelen afzonderlijk en in onderlinge samenhang bezien ook proportioneel zijn, zij het dat de commissie de periode waarvoor deze maatregelen door de ziektekostenverzekeraar zijn getroffen niet proportioneel acht. De duur van de opname van acht jaren acht de commissie disproportioneel. De commissie matigt de opname in het interne incidentenregister en de daarmee samenhangende melding bij het Centrum Bestrijding Verzekeringssriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars daarom tot twee weken ná dagtekening van dit bindend advies. Uit het voorgaande volgt dat ook de melding van de registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringssfraude en Zorgverzekeraars terecht heeft plaatsgevonden.

- 6.19. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de gegevens van verzoeker binnen twee weken ná dagtekening van dit bindend advies moeten worden verwijderd uit het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en dat deze verwijdering uit het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar binnen dezelfde termijn moet worden gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringssriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars.

- 7.2. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



7.3. De commissie wijst het meer of anders gevorderde af.



Zeist, 4 december 2019,



H.A.J. Kroon



Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Aanmeldingsformulier:	Het papieren of digitale formulier waarmee de Verzekeringnemer opgave doet van de daarin verzochte gegevens met als doel zich aan te melden voor de Verzekering.
Aanvullende verzekering:	Een ziektekostenverzekering van Verzekeraar ter aanvulling van de Zorgverzekering.
Algemene Voorwaarden:	Deze Algemene Voorwaarden.
Arts:	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.
Fraude:	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 voorwendzelen.
Fysiotherapeut:	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.
Haptotherapeut:	Degene die als haptotherapeut gevestigd is in Nederland en geregistreerd staat in het Register van Haptotherapeuten van de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH).
Huidtherapeut:	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.
Huisarts:	Een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
Manueel therapeut:	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.
Medische noodzaak:	De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen, dit ter beoordeling door de Verzekeraar.
Oedeemtherapeut:	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, 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.

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 BW

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.

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.

Eigen risico en 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 zorgverzekerings-overeenkomst 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 van het KNGF.

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.

Geriatrie revalidatie

Geriatrie 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.

lid 4 Registratie van persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de meest recente Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons geraadpleegd worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

lid 5 Verwerking van medische gegevens

De verwerking van medische gegevens vindt afzonderlijk plaats. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur, die een geheimhoudingsplicht heeft.

Medische gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het uitvoeren van de verzekerings-overeenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) waarvoor de medische gegevens zijn aangeleverd. Om deze uitvoering correct te laten verlopen, zijn er naast de medisch adviseur ook andere personen binnen ons bedrijf die deze medische gegevens verwerken. Deze personen hebben daarbij een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht en verwerken de medische gegevens onder diens verantwoordelijkheid.

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, 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 zorgverzekerings-overeenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;
- e. zullen wij intern registreren, registratie doen in de tussen verzekerings-maatschappijen 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 gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen dertig dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken als:

- a. verhuizing;
- b. geboorte;
- c. echtscheiding;
- d. overlijden.

Wij gaan ervan uit dat berichten die wij toesturen aan het laatste adres dat van u bij ons bekend is, bij u aankomen.

Wij kunnen niet aansprakelijk worden gesteld voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt als u ons niet uw meest actuele post- of emailadres bekend heeft gemaakt.