



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Veronderstelde fraude, farmaceutische zorg, buitenland, Bosnië, niet vergoeden nota's,
terugvordering uitgekeerde vergoeding, beëindiging verzekering, registratie in het interne
Incidentenregister van de zorgverzekeraar, vordering onderzoekskosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016 en 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 7:941 en 7:943 BW

Zaaknummer : 201901786

Zittingsdatum : 19 februari 2020

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

1. Partijen

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

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 7 augustus 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 13 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 14 november 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 februari 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2016 en 2017 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker verbleef zowel in 2016 als in 2017 enige tijd in Bosnië. Tijdens zijn verblijf aldaar heeft hij geneesmiddelen gekocht bij een apotheek. Bij terugkomst in Nederland heeft hij de nota's gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 31 januari 2017 meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar de door hem gedeclareerde nota's.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 30 mei 2017 uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Tijdens het gesprek zouden de onderzoeksbevindingen met verzoeker worden besproken en zou hij hierop kunnen reageren. Verzoeker heeft op 12 juni 2017 telefonisch aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat hij niet naar het gesprek kon komen in verband met ziekte van zijn vader en vakantie.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 23 augustus 2017 geïnformeerd over zijn bevindingen. Verzoeker is verzocht hierop schriftelijk te reageren. Verzoeker heeft dit bij ongedateerde brief gedaan.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 4 december 2017 aan verzoeker meegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat verzoeker opzettelijk heeft geprobeerd hem te misleiden, omdat de ingediende declaraties niet waarheidsgetrouw zijn. De gedeclareerde kosten worden daarom niet vergoed. De reeds uitbetaalde vergoedingen worden teruggevorderd. Dit betreft een bedrag van € 1.108,33.

Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar. Verder is het Centrum Bestrijding Verzekeringsschadelijkheid van het Verbond van Verzekeraars op de hoogte gebracht van voornoemde registratie. Voorts heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 1.150,- aan onderzoekskosten van verzoeker gevorderd. Tot slot heeft de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst met verzoeker beëindigd met ingang van 1 december 2017.

3.7. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Tevens heeft hij gevraagd alsnog een persoonlijk gesprek te laten plaatsvinden. De zorgverzekeraar heeft verzoeker uitgenodigd voor een gesprek op 31 oktober 2018. Bij brief van 28 november 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.8. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar hierna nogmaals om heroverweging van de beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 en 2 mei 2019 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de zorgverzekeraar de gedeclareerde nota's over de periode van 25 februari 2016 tot en met 1 maart 2017 moet vergoeden;
- (ii) de van verzoeker gevorderde onderzoekskosten van € 1.150,- komen te vervallen;
- (iii) de persoonsgegevens van verzoeker moeten worden verwijderd uit het interne Incidentenregister van de zorgverzekeraar
- (iv) de melding die is gedaan bij het CBV moet worden teruggedraaid.

4.2. De zorgverzekeraar 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 A.22 van de zorgverzekering.

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. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij geen fraude heeft gepleegd. De wijzigingen op de nota's zijn aangebracht door het personeel van de betreffende apotheken. In Bosnië is veel corruptie. De nota's worden met de hand geschreven en hierbij wordt een doordrukvel gebruikt. Bij het uitschrijven van de nota's wordt echter een stukje karton tussen beide vellen gedaan, zodat het bedrag dat hij heeft betaald niet hetzelfde is als dat wat in de administratie van de apotheken is vermeld. Hierdoor blijft de af te dragen BTW laag. De fraude veroorzakende handeling ligt dus bij de apotheken en niet bij verzoeker.


Verzoeker merkt op dat de aanpassingen op de nota's goed te zien zijn. Als hij al had willen frauderen, had hij op zijn minst getracht dit met dezelfde kleur pen te doen. Daarnaast heeft verzoeker nota's ter declaratie ingediend nadat de zorgverzekeraar hem had geïnformeerd over het onderzoek. Als verzoeker te kwader trouw was geweest, zou hij hiervan hebben afgezien.


Verzoeker had destijds alleen euro's bij zich en geen Bosnische marken, het wettelijke betaalmiddel in Bosnië. Volgens de medewerkers van de apotheken was het mogelijk met euro's te betalen. De nota's moesten echter intern worden verwerkt in Bosnische marken. Verzoeker heeft de bedragen die hij heeft gedeclareerd bij de zorgverzekeraar daadwerkelijk in euro's betaald aan de apotheken in Bosnië.

De onderzoekskosten zijn ten onrechte in rekening gebracht, omdat verzoeker geen fraude heeft gepleegd. Als al gezegd zou kunnen worden dat hij fraude heeft gepleegd, dan vindt verzoeker deze kosten te hoog en onvoldoende onderbouwd.


- 6.3. De zorgverzekeraar heeft in de periode van 25 februari 2016 tot en met 1 maart 2017 meerdere buitenlandse nota's van verzoeker ontvangen. Op enig moment heeft de zorgverzekeraar besloten nader onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van voornoemde declaraties. Verzoeker is hierover schriftelijk geïnformeerd. Lopende het onderzoek is verzoeker door de zorgverzekeraar uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Tijdens dit gesprek zou verzoeker worden geïnformeerd over de bevindingen van de zorgverzekeraar en kon hij hierop reageren. Verzoeker heeft echter telefonisch meegedeeld niet te willen deelnemen aan het gesprek. Ruim een jaar later heeft op aandringen van de gemachtigde van verzoeker alsnog een persoonlijk gesprek plaatsgevonden.
- 6.4. De zorgverzekeraar heeft bij de twee Bosnische apotheken navraag gedaan naar de gedeclareerde nota's. Deze hebben verklaard de geneesmiddelen te hebben geleverd aan verzoeker. Zij hebben echter ook verklaard dat de middelen zijn betaald in Bosnische marken en niet in euro's. Daarnaast komen de op de gedeclareerde nota's vermelde bedragen niet overeen met de gegevens van de apotheken. Bij de controle met de 'docubox' is gebleken dat op meerdere nota's met verschillende pennen is (bij)geschreven. De zorgverzekeraar vermoedde daarom dat verzoeker het euroteken op de nota's heeft vermeld en tevens de bedragen heeft aangepast. Dit met het doel een hogere vergoeding te krijgen. De verklaring van verzoeker over het uitschrijven van de nota met een karton tussen het origineel en de doorslag vindt de zorgverzekeraar ongeloofwaardig. Hij ontving van de twee apotheken van drie nota's een kopie. De notering van het geneesmiddel op de nota's van de apotheken is identiek aan de notering van het geneesmiddel op de nota's die verzoeker indiende. Als de medewerkers een karton onder de nota's hadden geplaatst, zouden beide noteringen niet identiek zijn aan elkaar. De zorgverzekeraar heeft verder opgemerkt dat viermaal het geneesmiddel Belogent Crema is gedeclareerd. Voor dezelfde hoeveelheid worden steeds verschillende prijzen vermeld. Dit zijn de volgende bedragen: € 13,40, € 43,40, € 63,40 en € 93,40. Er is steeds € 3,40 vermeld met bijschrijving van een 1, 4, 6 of 9 voor het bedrag. Verzoeker heeft, daarnaar gevraagd, geen verklaring hiervoor gegeven.
- 6.5. In artikel A.15.1 van de verzekeringsvoorwaarden staat dat betrokkene verplicht is de zorgverzekeraar de juiste informatie te geven en hem te helpen bij het verkrijgen van de noodzakelijke informatie. Als verzoeker niet zelf de aanpassingen op de nota's heeft geplaatst had hij, nadat hij had vernomen dat de door hem gedeclareerde nota's in onderzoek waren, de zorgverzekeraar op basis van voornoemd artikel hierover moeten informeren. Hij heeft dit echter niet gedaan, maar heeft zelfs nieuwe nota's met aanpassingen gedeclareerd. Hij heeft de zorgverzekeraar aldus niet bepaald geholpen, waardoor deze langer bezig is geweest met het onderzoek.
- 6.6. Dat in Bosnië corruptie volgens zijn verklaring op grote schaal plaatsvindt, maakt niet dat verzoeker de uit dat land afkomstige nota's zonder nadere toelichting kon indienen. Als hij facturen indient, waarvan hij weet dat deze niet juist zijn, dan moet hij dit aan de zorgverzekeraar laten weten.
- 6.7. Verzoeker is als verzekerde verantwoordelijk voor de juistheid van de nota's die hij declareert. Hij heeft hieraan niet voldaan. Hij heeft door het indienen van de nota's waarvan hij vermoedde dat deze vals/aangepast waren geprobeerd de zorgverzekeraar te benadelen.
- 6.8. De commissie overweegt dat op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW het recht op uitkering vervalft 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.

- 6.9. 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 Extern 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.
- 6.10. 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 zorgverzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 6.11. Het voorgaande is in de verzekeringsvoorwaarden verwoord in artikel A.15 van de zorgverzekering. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang. De zorgverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn standpunt het door hem opgebouwde dossier overgelegd.
- 6.12. De commissie stelt vast dat tussen partijen niet in geschil is dat de gedeclareerde nota's zijn aangepast. Er is een euroteken voor de bedragen geplaatst en de bedragen zelf zijn verhoogd. De vragen die moeten worden beantwoord zijn of deze aanpassingen aan verzoeker kunnen worden toegerekend, en of de zorgverzekeraar de door hem getroffen maatregelen mocht nemen. De commissie overweegt in dit kader als volgt.
- 6.13. Verzoeker heeft gesteld dat de fraude is gepleegd door medewerkers van de betrokken apotheken. Bij het opmaken van de nota's is volgens verzoeker een stuk karton tussen de originele nota en de doorslag gehouden, waardoor de originele nota afwijkt van de gegevens in de administratie van de apotheken. De zorgverzekeraar heeft in dit kader aangevoerd dat de van verzoeker ontvangen nota's en die van de apotheek identiek zijn, met uitzondering van de aanpassingen die erop zijn aangebracht. Dit is volgens de zorgverzekeraar niet mogelijk, als beide apart van elkaar worden geschreven.
De zorgverzekeraar heeft een kopie van de originele nota van de apotheek voor het middel Belogent Crema aan de commissie gestuurd. De commissie stelt vast dat een aantal punten op deze nota en de door verzoeker gedeclareerde nota identiek zijn, namelijk de vermelding van de zorgaanbieder, de naam van het middel, de ondertekening, de vermelding van 3,30 bij het bedrag en het totaalbedrag. Achter het totaalbedrag staat ook KM vermeld. Op de door verzoeker gedeclareerde nota staan ook zijn gegevens en de datum vermeld; deze ontbreken op het origineel. Daarnaast is de vermelding KM doorgestreept en staat er een euroteken vermeld voor het totaalbedrag. Ook is er een 4 geschreven voor de 3 waardoor het bedrag 43,30 wordt. Op de nota's van 1 juni 2016 staat KM op de nota vermeld, achter het bedrag, maar de aanduiding KM is doorgestreept, en er is een euroteken voor het bedrag vermeld. Ook bij andere nota's spelen vergelijkbare punten. Hierbij merkt de commissie op dat de aanduiding KM in een aantal gevallen met de hand is opgeschreven. Als het de bedoeling van de apotheek was geweest te frauderen, had het voor de hand gelegen de aanduiding KM niet te vermelden op de nota die aan verzoeker werd meegegeven. Hij betaalde naar zijn zeggen immers in euro's. De door verzoeker gegeven toelichting op de fraude door de apotheken zou niet alleen betrekking moeten hebben op het bedrag, maar - logischerwijs - ook op de valuta.
Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat vaststaat dat meerdere, door verzoeker gedeclareerde nota's zijn aangepast op valuta en bedrag.
- 6.14. De door verzoeker afgegeven verklaringen overtuigen niet. Daarnaast geldt dat verzoeker als indiener van de nota's verantwoordelijk is voor de juistheid hiervan.
Als het al zo zou zijn dat de nota's zijn aangepast door de apotheken, dan had verzoeker - die blijkbaar bekend is hiermee, gegeven zijn uitleg - dit moeten vermelden bij het indienen van de nota's. Door dit achterwege te laten, kan het indienen van de vervalste nota's aan verzoeker worden toegerekend.



 6.15. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat voldoende is komen vast te staan dat verzoeker aangepaste nota's bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd om een hogere vergoeding te verkrijgen dan die waarop hij aanspraak had. De opzet tot misleiding blijkt uit het stelselmatig aanpassen van nota's van verschillende zorgaanbieders. De zorgverzekeraar mocht daarom overgaan tot de door hem opgelegde maatregelen. Dit geldt ook voor de door de zorgverzekeraar gevorderde onderzoekskosten. De zorgverzekeraar heeft onderbouwd hoe deze onderzoekskosten zijn opgebouwd. Verzoeker heeft de berekening hiervan onvoldoende weersproken.

 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2020,


 J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

- Als u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk opzegt **voordat** de nieuwe verzekering ingaat, eindigt de verzekering op de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
- Zegt u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk op **nadat** de nieuwe verzekering is ingegaan, dan eindigt de verzekering na afloop van een volledige maand nadat wij de opzegging ontvingen.

A.5.8. Bij einde van de zorgverzekering die CAK heeft gesloten

Als u op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht bent een zorgverzekering te sluiten, kan het zijn, dat u desondanks niet verzekerd was en CAK voor u bij ons een zorgverzekering heeft gesloten.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende 2 weken vanaf het moment dat CAK u dat heeft medegedeeld, beëindigen met terugwerkende kracht, als u aan CAK en aan ons aantoont dat u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste twaalf maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald: en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen: en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke

premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten,

schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- uw verzekering per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingsstelsel tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgesloten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, vertragsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de Bijlage premies en vergoedingstarieven.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

Voorbeeld:

Zie voor de zorgverzekering artikel A.7.4 en voor de aanvullende verzekeringen artikel C.11.5.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de brutopremie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1^e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode.

Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

Gevolgen bij geen medewerking

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

A.15. Doorgeven van informatie

A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te

kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Actuele adres

Wij gaan er vanuit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.16. Registratie en controle

A.16.1. Privacy

De persoonsgegevens die u bij de aanvraag van de verzekering of later aan ons geeft, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij gebruiken deze gegevens alleen voor doelen die in de verzekeringsvoorwaarden of in geldende privacyreggeving zijn genoemd en die wij bij de Autoriteit Persoonsgegevens hebben gemeld.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing.

A.16.2. Verwerking persoonsgegevens

De persoonsgegevens die wij in onze administratie opnemen, verwerken wij voor:

- het beoordelen en accepteren van verzekeren, het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het afwikkelen van het betalingsverkeer;
- het gebruik van persoonsgegevens voor statistische en wetenschappelijke doelen;
- het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten om een relatie tot stand te brengen, in stand te houden of uit te breiden. Wij gebruiken hierbij geen persoonsgegevens over uw

gezondheid;

- het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector. Daaronder valt ook het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de bedrijfstak waar wij deel van uitmaken, en het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Bij onrechtmatig gedrag kunnen wij uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register kan door ons geraadpleegd worden via de centrale databank van Stichting CIS. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl.

A.16.3. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de verzekering ingaat:

- aan derden (ook aan zorgverleners) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de zorgverzekering na te kunnen komen;
- aan derden (ook aan zorgverleners) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om de uitvoering van uw verzekering doelmatiger te laten verlopen;
- met zorgverleners onderhandelen over de kosten en zo nodig (op onze kosten) tegen hen procederen;
- uw persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw verzekering(en) opnemen in onze administratie;
- uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of er gebruik van maken als wij procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen;
- Wij houden ons hierbij aan de geldende privacyreggeving.

Toelichting:

Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandeld heeft, weet hoe u bent verzekerd. Om die reden kunnen de zorgverleners bij ons uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. De zorgverleners mogen deze gegevens alleen inzien als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners geen inzage kunnen hebben in uw adresgegevens, kunt u dit aan ons laten weten. Wij kunnen uw adresgegevens dan afschermen.

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw verzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringwet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.

In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoop op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan u zorg verlenen en/of goederen/middelen leveren.

Het is mogelijk dat u ergens in onze informatie of documentatie het begrip "zorgaanbieder" tegenkomt. Onder "zorgaanbieder" verstaan wij hetzelfde als onder "zorgverlener".

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon; of
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Verzekerde zorg is bijvoorbeeld geneeskundige, paramedische, tandheelkundige of verpleegkundige zorg. Levering gaat over geneesmiddelen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons de-

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Fraude

Als u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- uw verzekering per direct te beëindigen;
- vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door Zorginstituut Nederland bij ons bent verzekerd, omdat dit college meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis".

Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, verdragingsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de Bijlage premies en vergoedingstarieven.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

Voorbeeld:

Zie voor de zorgverzekering artikel A.7.4 en voor de aanvullende verzekeringen artikel C.11.5.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de brutopremie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;

medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.

- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen dertig dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen dertig dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen dertig dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt/worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen die onder de dekking van de verzekering(en) in aanmerking kunnen komen.

Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

Gevolgen bij geen medewerking

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt

verhaal te halen.

A.15. Doorgeven van informatie

A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de gemeentelijke basisadministratie;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinsamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Actuele adres

Wij gaan er vanuit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.16. Registratie en controle

A.16.1. Privacy

De persoonsgegevens die u bij de aanvraag van de verzekering of later aan ons geeft, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij gebruiken deze gegevens alleen voor doelen die in de verzekeringsvoorwaarden of in geldende privacyreggeving zijn genoemd en die wij bij het College Bescherming Persoonsgegevens hebben gemeld. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing.

A.16.2. Verwerking persoonsgegevens

De persoonsgegevens die wij in onze administratie opnemen, verwerken wij voor:

- het beoordelen en accepteren van verzekerden, het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het afwickelen van het betalingsverkeer;
- het gebruik van persoonsgegevens voor statistische en wetenschappelijke doelen;
- het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten om een relatie tot stand te brengen, in stand te houden of uit te breiden. Wij gebruiken hierbij geen persoonsgegevens over uw gezondheid;
- het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector. Daaronder valt ook het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de bedrijfstak waar wij deel van uitmaken, en het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Bij onrechtmatig gedrag kunnen wij uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register kan door ons geraadpleegd worden via de centrale databank van Stichting CIS. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl.

A.16.3. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de verzekering ingaat:

- aan derden (ook aan zorgverleners) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de zorgverzekering na te kunnen komen;
- aan derden (ook aan zorgverleners) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om de uitvoering van uw verzekering doelmatiger te laten verlopen;
- met zorgverleners onderhandelen over de kosten en zo nodig (op onze kosten) tegen hen procederen;
- uw persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw verzekering(en) opnemen in onze administratie;
- uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of er gebruik van maken als wij procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen;
- Wij houden ons hierbij aan de geldende privacyreggeving.

Toelichting:

Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandeld heeft, weet hoe u bent verzekerd. Om die reden kunnen de zorgverleners bij ons uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. De zorgverleners mogen deze gegevens alleen inzien als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners geen inzage kunnen hebben in uw adresgegevens, kunt u dit aan ons laten weten. Wij kunnen uw adresgegevens dan afschermen.

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw verzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet markt-

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Geldend van 15-11-2019 t/m heden

Artikel 941

- 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.