

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota, declaraties, vordering onderzoekskosten  
Zaaknummer : 2013.00124  
Zittingsdatum : 1 mei 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft op 26 augustus 2012 nota's ingediend voor door hem en zijn twee minderjarige kinderen genoten medische zorg tijdens hun verblijf in Bosnië. Het betreft een consult bij een arts en twee geneesmiddelen.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 14 september 2012 medegedeeld dat het opmerkelijk is dat hij op het declaratieformulier verklaart dat de ter declaratie ingediende nota's in euro's zijn betaald, terwijl de kassa's in Bosnië - net zoals in elk ander land - zijn ingesteld op de lokale valuta. Bovendien is één van de nota's met pen gewijzigd. Verzoeker wordt daarom uitgenodigd zijn zienswijze met betrekking hiertoe kenbaar te maken.
- 3.3. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief hierop gereageerd en medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de gewijzigde nota kan laten onderzoeken door een deskundige.
- 3.4. Op 24 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de betreffende declaratie is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende nota's afgewezen en als frauduleus aangemerkt. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister en is hiervan een melding gedaan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (CBV) van het Verbond van Verzekeraars. Tevens wordt een bedrag van € 250,- voor gemaakte onderzoekskosten op verzoeker verhaald.

- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 6 januari 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten alsnog moet vergoeden, de gegevens van verzoeker worden verwijderd uit het interne Incidentenregister, de melding van voornoemde registratie ongedaan wordt gemaakt, en dat hij afziet van het vorderen van de door hem gemaakte onderzoekskosten (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 april 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 april 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. Verzoeker is in de zomer van 2012 met zijn gezin op vakantie geweest in Bosnië en Herzegovina. Hij heeft ter plaatse kosten gemaakt voor medische zorg ten behoeve van zichzelf en zijn twee minderjarige kinderen. Hij heeft het totale bedrag van 233,20 in euro's betaald, zoals duidelijk staat vermeld op de nota's.
  - 4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de door verzoeker gedeclareerde kosten buitenproportioneel. Verzoeker kan echter in geval van ziekte – zeker als het één van zijn kinderen betreft – in het buitenland niet eerst de prijzen van de benodigde zorg gaan vergelijken. Bovendien is het bedrag dat hij iedere maand aan premie voor zijn zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering moet betalen ook buitenproportioneel.
  - 4.3. De ziektekostenverzekeraar vordert een bedrag van € 250,- voor de door hem gemaakte onderzoekskosten. Verzoeker vindt deze vordering buitensporig, zeker aangezien de ziektekostenverzekeraar slechts één keer heeft gebeld met de apotheek in Bosnië en Herzegovina.
  - 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft op 26 augustus 2012 een declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor medische kosten ten behoeve van zichzelf en zijn twee kinderen, welke kosten zijn gemaakt tijdens het verblijf in Bosnië en Herzegovina.
- 5.2. In de toelichting bij het declaratieformulier heeft verzoeker verklaard dat hij de bedragen in euro's heeft betaald. Aangezien de kassa's in Bosnië - net zoals in elk ander land - zijn ingesteld op de lokale valuta, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 14 september 2012 verzocht om een nadere toelichting. Hierbij is opgemerkt dat één van de nota's met pen is gewijzigd. Verzoeker heeft bij brief van 23 september 2012 verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de gewijzigde nota kan laten onderzoeken en dat op de nota's duidelijk is vermeld welke valuta is gebruikt.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch navraag gedaan bij de Bosnische apotheek naar de aldaar gehanteerde prijzen en valuta. Door de Bosnische apotheek is bevestigd dat de door verzoeker gedeclareerde bedragen de gehanteerde prijzen in Bosnische Marken (hierna: KM) zijn voor de betreffende geneesmiddelen. Bovendien blijkt uit de nota's – in tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt – niet dat de bedragen in euro's zijn voldaan. Indien de betreffende bedragen in euro's zouden zijn betaald, zou sprake zijn van een buitenproportioneel tarief. Verzoeker heeft op geen enkele wijze aannemelijk gemaakt dat de gedeclareerde kosten ook daadwerkelijk zijn voldaan in euro's.
- 5.4. Gezien het voorgaande is aan de zijde van verzoeker sprake van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Nu is gebleken dat de declaratie op dit punt niet waarheidsgetrouw – en dus frauduleus – is, komt deze niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.5. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker blijkbaar veronderstelt, bestaan de onderzoekskosten niet alleen uit het met de Bosnische apotheek gevoerde telefoonsprek, maar ook uit de werkzaamheden die ten behoeve van het onderzoek en de afronding daarvan in het dossier zijn verricht, zoals het bestuderen van de stukken, het opstellen van meerdere brieven en besprekingen van de afdelingen Declaraties en Bijzonder Onderzoek. Het bedrag van € 250,- vormt slechts een gering gedeelte van de werkelijke onderzoekskosten.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het niet vergoeden door de ziektekostenverzekeraar van de kosten voor de door verzoeker en zijn twee minderjarige kinderen in Bosnië en Herzegovina genoten zorg, de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne In-

cidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, de melding hiervan bij het CBV van het Verbond van Verzekeraars, en het op verzoeker verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 250,--.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

*Lid 4*

*Gevolgen geven van onjuiste informatie*

*U bent verplicht ons 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 opzettelijke misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek is onze verplichting tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s) opgeschort;*

*c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en) en de gemaakte (onderzoeks)kosten bij u terug;*

*d. hebben wij bij vastgestelde fraude en/of opzettelijke misleiding het recht de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;*

*e. zullen wij registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij Justitie;*

*f. zullen wij gedurende vijf jaar niet ingaan op uw verzoek een nieuwe zorgverzekering te sluiten.*

*Hetzelfde geldt als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert.*

*(…)”*

8.3. In artikel 1 van de zorgverzekering is de definitie van het begrip fraude, zoals bedoeld in de zorgverzekering, opgenomen, en deze luidt als volgt:

*“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 zorgverzekeringsovereenkomst 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 voorwendselen.”*

8.4. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“lid 1 Er bestaat geen recht op vergoeding en uitkering indien de Verzekeringnemer of Verzekerde bij het aanspraak maken op vergoedingen en/of verstrekkingen voor de beoordeling van de aanspraak van belang zijnde feiten of omstandigheden heeft verzwegen en/of valse opgaven heeft verstrekt om opzettelijk de Verzekeraar te misleiden.*

*lid 2 Indien er sprake is van een situatie als bedoeld in lid 1 vervalt het recht op vergoeding van de gehele ingediende aanspraak voor vergoeding en/of verstrekking en derhalve ook voor*

*de onderdelen van die aanspraak waarbij geen feiten of omstandigheden zijn verzwegen of geen onware opgave zijn gedaan.*

*lid 3 Een onderzoek naar fraude en materiële controle wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de Zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Een fraudeonderzoek schort de verplichting tot uitbetaling van het verzoek om kostenvergoeding op.*

*lid 4 De kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude zullen door de Verzekeraar worden verhaald op de frauderende Verzekerde of Verzekeringnemer.*

*lid 5 Van een geconstateerde fraude wordt melding gedaan in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH) en kan aangifte worden gedaan bij Justitie.”*

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de ernstige gevolgen die een geconstateerde fraude, vanwege de daaraan te verbinden zware sanctie(s), voor een verzekerde heeft, dienen aan de bewijsvoering dienaangaande hoge eisen te worden gesteld. De ziektekostenverzekeraar kan niet volstaan met het enkel aannemelijk maken van fraude, doch dient dit ondubbelzinnig aan te tonen.
- 9.2. Bij de uitleg van artikel 12 van de zorgverzekering en artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gaat het om de betekenis die partijen daaraan in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs mochten toekennen en om hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten (een en ander in voorkomend geval met inachtneming van de ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW voorgeschreven uitleg contra proferentem).
- 9.3. De bedoeling van artikel 12 van de zorgverzekering onderscheidenlijk artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering kan geen andere zijn dan een sanctie te stellen op het niet nakomen, dit met het oogmerk van fraude, van de verplichting van de verzekeringnemer tot het verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar van alle voor de berekening van de uitkering relevante gegevens. Die verplichting en sanctie zijn neergelegd in lid 2 respectievelijk lid 5 van artikel 7:941 BW. In het licht van de hiervoor omschreven bedoeling dient de in artikel 12 van de zorgverzekering gebezigde terminologie “verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, 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” te worden vereenzelvigd met het in lid 5 van artikel 7:941 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”. Hetzelfde geldt voor de woorden “van belang zijnde feiten of omstandigheden heeft verzwegen en/of valse opgaven heeft verstrekt om opzettelijk de Verzekeraar te misleiden” uit artikel 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. Het voorgaande betekent, kort gezegd, dat sprake moet zijn van een opzettelijk gegeven onjuiste voorstelling van zaken. Naar het oordeel van de commissie zijn hiervoor de volgende feiten van belang.
- 9.5. Verzoeker heeft op 26 augustus 2012 nota's ingediend voor door hem en zijn twee minderjarige kinderen genoten medische zorg tijdens hun verblijf in Bosnië en Herzegovina. Het betreft twee kassabonnen van een apotheek van 13 augustus 2012 en een handgeschreven (slecht leesbare) nota waarop het bedrag 205,00 euro staat vermeld. Deze laatste nota is blijkbaar van een arts. Op de bij de nota's gevoegde

'toelichting declaratieformulier' heeft verzoeker verklaard dat hij deze in euro's heeft voldaan.

- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de onderhavige declaratie en de daarbij gevoegde verklaring van verzoeker, onderzoek (laten) uitvoeren. Uit telefonische informatie van de betreffende apotheek is gebleken dat aldaar de prijs voor het geneesmiddel Otol kapi 7,20 KM bedraagt en voor Flixonase spray 21,00 KM.
- 9.7. Op de kassabon van de apotheek voor het middel Otol kapi staat onder meer vermeld "1 x 7,20 7,20E" "VE: 17,00%" "OSN. E: 6,15" "PDV E: 1,05" "PDV: 1,05". Op de kassabon voor het middel Flixonase spray staat onder meer vermeld "1 x 21,00 21,00E" "VE: 17,00%" "OSN. E: 17,95" "PDV E: 3,05" "PDV: 3,05". Gelet op de informatie van de ziektekostenverzekeraar kan, anders dan verzoeker stelt, niet ervan worden uitgegaan dat de E op de kassabon de betekenis heeft van euro. Daarbij komt dat verzoeker in reactie op de informatie van de ziektekostenverzekeraar zijn stelling niet nader heeft onderbouwd.
- 9.8. Voorts is door verzoeker een bedrag van 205,00 euro gedeclareerd ter zake van medische zorg. Verzoeker heeft niet betwist dat dit bedrag is gewijzigd. De koers van de KM ten opzichte van de euro was ten tijde van het gebeurde ongeveer 0,51 : 1.
- 9.9. Het vorenstaande doet een wezenlijk ander beeld ontstaan omtrent de hoogte van de betaalde bedragen van de door verzoeker ter declaratie ingediende nota's voor de door hem en zijn twee kinderen genoten zorg tijdens hun verblijf in Bosnië en Herzegovina in 2012 dan verzoeker heeft willen doen voorkomen met zijn aanvankelijke verklaring. Immers, indien alleen naar de kosten van de medicijnen wordt gekeken, heeft verzoeker een vergoeding geclaimd die bijna het dubbele bedraagt van hetgeen hij volgens opgave van de apotheek zou hebben betaald.
- 9.10. Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie dat verzoeker bij zijn declaratie een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, meer specifiek door op het declaratieformulier toe te lichten dat de op de nota's genoemde bedragen in euro's zijn betaald. Op basis van de gang van zaken zoals die uit vornoemde stukken naar voren is gekomen, concludeert de commissie dat verzoeker de vooropgezette bedoeling moet hebben gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker deze conclusie niet ontzenuwd. Dit leidt tot het oordeel dat bij verzoeker sprake is geweest van opzet, in de zin van artikel 7:941, lid 5 BW. De ziektekostenverzekeraar beroept zich terecht op het verval van verzoekers recht op uitkering van de gehele declaratie en heeft zijn gegevens terecht geregistreerd bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars en zijn interne Incidentenregister.

#### **Vordering onderzoekskosten**

- 9.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de onderzoekskosten van € 250,--, bij verzoeker in rekening gebracht. Op grond van artikel 12, lid 4, onder c van de zorgverzekering kan de ziektekostenverzekeraar bij vastgestelde fraude de onderzoekskosten verhalen op de verzekerde. Verzoeker heeft de hoogte van de in rekening gebrachte kosten onvoldoende gemotiveerd betwist, zodat geen aanleiding bestaat de vordering ten bedrage van € 250,-- voor de gemaakte onderzoekskosten te laten vervallen of deze te

matigen.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 mei 2013,

Voorzitter