



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Veronderstelde fraude, ter beschikking stellen van bank- en klantnummer aan een derde, terugvordering uitgekeerde vergoedingen, opname van gegevens in het interne incidentenregister
Zaaknummer : 201401996
Zittingsdatum : 11 maart 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010-2012, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010-2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Zorg Compleet aanvullende ziektekostenverzekering (2010 en 2011) en GemeentePakket Compleet (2012) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 2 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een onderzoek is gestart naar de rechtmatigheid van een aantal door haar ter declaratie ingediende nota's. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 15 januari 2014 per e-mail haar reactie gestuurd.
- 3.2. Op 18 februari 2014 heeft in het kader van het onderzoek een telefoongesprek plaatsgevonden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 23 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat uit het onderzoek is gebleken dat een aantal ter declaratie ingediende nota's valselijk is opgemaakt en dat aan verzoekster derhalve ten onrechte een aantal vergoedingen is verleend. Deze ten onrechte uitgekeerde vergoedingen worden teruggevorderd. Dit betreft een bedrag van totaal € 9.424,89. Daarnaast worden de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het interne incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Ook heeft verzoekster een officiële waarschuwing gekregen. Als de ziektekostenverzekeraar in de nabije toekomst opnieuw wordt geconfronteerd met een al dan niet door verzoekster valselijk opgemaakte declaratie, gaat de ziektekostenverzekeraar over tot het onverkort ten uitvoer brengen van aanvullende, passende maatregelen.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.5. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 10 september 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
 - 3.6. Bij e-mailbericht van 19 november 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 9.424,89 niet van haar mag vorderen (hierna: het verzoek).
 - 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 januari 2015 aan verzoekster gezonden.
 - 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 maart 2015 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.10. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
 - 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2015 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Een vriendin van verzoekster heeft haar een aantal jaren geleden gevraagd of zij de bankrekening van verzoekster mocht gebruiken om vergoedingen, die de vriendin zou krijgen van de ziektekostenverzekeraar, op haar rekening te laten uitbetalen. Dit omdat de vriendin problemen had met haar bank. Verzoekster heeft hierin - geheel te goeder trouw - toegestemd en heeft tevens haar klantnummer aan de vriendin gegeven. Vervolgens heeft verzoekster enkele bedragen op haar bankrekening ontvangen, die zij contant aan haar vriendin heeft gegeven.
 - 4.2. Pas nadat de ziektekostenverzekeraar haar hierover had geïnformeerd, is verzoekster ervan op de hoogte geraakt dat haar vriendin op naam van verzoekster valse declaraties had ingediend. De vergoedingen die naar aanleiding van deze declaraties zijn toegekend, werden uitbetaald op de bankrekening van verzoekster. Verzoekster heeft contact gezocht met haar vriendin en haar hiermee geconfronteerd. De vriendin heeft tegenover verzoekster bekend de valse declaraties te hebben ingediend. Daarnaast heeft zij verzoekster toegezegd zelf contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar en alles op te biechten.
 - 4.3. Verzoekster begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar haar verantwoordelijk houdt voor de juistheid van de declaraties, omdat de bedragen ter zake van de toegekende vergoedingen naar haar bankrekening zijn overgemaakt. Zij benadrukt echter dat zij geen fraude heeft gepleegd, maar dat zij zelf is opgelicht door eerder genoemde vriendin. Verzoekster heeft het geld, dat de ziektekostenverzekeraar nu van haar vordert, aan haar vriendin gegeven omdat het haar geld zou zijn. Als verzoekster vooraf had geweten dat de vriendin valse declaraties zou indienen, had zij nooit haar bankrekening en klantnummer ter beschikking gesteld.

- 4.4. Zelf heeft verzoekster in de periode van 2010 tot en met 2012 geen nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar beroept zich erop dat aan verzoekster vergoedingenoverzichten ter zake van de onderhavige declaraties zijn gestuurd. Verzoekster komt echter uit Polen en kan weliswaar Nederlands spreken en lezen, maar administratieve zaken zoals hier aan de orde zijn, begrijpt zij niet. Daarom is haar eerder niet iets opgevallen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij heeft overwogen aangifte te doen tegen de vriendin die haar heeft opgelicht. Zij heeft dit tot nu toe niet gedaan, omdat de vriendin had toegezegd alles op te biechten zij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster zal de uitkomst van de onderhavige procedure afwachten, en zo nodig alsnog aangifte gaan doen. Verzoekster zou willen dat de schuld op naam van de vriendin wordt gesteld. Zij merkt hierbij op dat zij niet de enige is die is opgelicht door deze vriendin.
Gevraagd naar het bedrag van in totaal ongeveer € 700,-- die verzoekster van de vriendin heeft ontvangen, antwoordt verzoekster dat zij een alleenstaande moeder is en dat zij destijds juist was bevallen. Het bedrag kwam daarom goed van pas.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesignaleerd dat bij verschillende verzekerden sprake was van een opvallend aantal gedeclareerde nota's voor buitenlandzorg en huidbehandelingen. Naar aanleiding van dit signaal is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart. Na een agenda-controle bij één van de zorgaanbieders, een beautysalon, bleek dat een groot aantal nota's die door diverse verzekerden waren ingediend, niet voorkwamen in de administratie van deze zorgaanbieder. Aangezien het sterke vermoeden bestond dat meerdere verzekerden hierbij betrokken waren, is voorafgaand aan deze controle een analyse uitgevoerd op het declaratiebestand van de ziektekostenverzekeraar. Hieruit is gebleken dat nog eens acht verzekerden, waaronder verzoekster, soortgelijke nota's ter declaratie hadden ingediend. Uit de controle bij de zorgaanbieder is gebleken dat onder andere de door verzoekster ter declaratie ingediende nota's ter zake van zorg, verleend door deze zorgaanbieder, niet in diens administratie voorkomen.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens alle door verzoekster ter declaratie ingediende nota's geverifieerd. Hieruit is gebleken dat de volgende nota's valselijk zijn opgemaakt: i) zorg door een schoonheidssalon te Venlo van 2010 tot en met 2012 ad € 4.050,--; ii) zorg in het Centrum Medyczne Medycyny Rodzinniej te Krakow van 14 oktober 2010 ad € 1.978,60; iii) zorg in het Özel Kecioren Hastanesi te Ankara ad € 2.261,87; iv) zorg in het Centrum Medyczne Medycyny Rodzinniej te Krakow van 23 september 2011 ad € 471,73; zorg in het Centralny Sepital Kliniczny MSWIA te Warschau ad € 662,69.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 2 januari 2014 geconfronteerd met de bevindingen die zijn voortgekomen uit zijn onderzoek. Op 15 januari 2014 heeft verzoekster hierop per e-mail gereageerd. Op 18 februari 2014 heeft een telefonisch onderhoud plaatsgevonden met verzoekster, waarbij haar enkele vragen zijn gesteld in het kader van het onderzoek. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster verklaard dat zij enkele jaren geleden haar klant- en bankgegevens heeft doorgegeven aan een vriendin, zodat deze vriendin de vergoedingen, die zij van de ziektekostenverzekeraar zou krijgen, op de bankrekening van verzoekster kon laten overmaken. Deze vriendin zou de valselijk opgemaakte declaraties hebben ingediend op naam van verzoekster. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij (of haar minderjarige zoontje) de zorg, waar de onder 5.2 genoemde nota's betrekking op hebben, niet heeft genoten. Ook heeft verzoekster verklaard dat zij de uitgekeerde vergoedingen contant aan haar vriendin heeft gegeven. Hiervoor heeft zij ongeveer € 700,-- ontvangen van haar vriendin. De ziektekostenverzekeraar heeft

verzoekster op 27 februari 2014 ter verificatie het verslag van voornoemd gesprek gestuurd. Dit verslag is door verzoekster ondertekend en geretourneerd.

- 5.4. Bij brief van 23 mei 2014 is verzoekster geïnformeerd over de uitkomst van het rechtmatigheidsonderzoek. Hierbij zijn tevens de door de ziektekostenverzekeraar opgelegde maatregelen aan haar medegedeeld.
- 5.5. Aangezien de bedragen zijn overgemaakt aan verzoekster en omdat zij de polishouder is, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de vordering bij haar neer te leggen. Verzoekster heeft haar klant- en bankrekeningnummer aan een derde verstrekt. Zij had moeten weten dat het meewerken aan een dergelijke praktijk fraude in de hand kan werken. Daarnaast had zij op de hoogte kunnen zijn van het feit dat de valselijk opgemaakte nota's op haar naam waren gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk vergoedingenoverzichten aan verzoekster gestuurd, waarop duidelijk is vermeld welke zorgkosten verzoekster heeft gedeclareerd en welke bedragen aan haar worden vergoed. Zij had reeds na ontvangst van het eerste vergoedingenoverzicht kunnen dan wel moeten weten dat de valselijk opgemaakte nota's op haar naam waren ingediend en vergoed. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij ongeveer € 700,- als vergoeding heeft ontvangen voor de aan haar vriendin geboden hulp.
- 5.6. Bij het opleggen van de passende maatregelen heeft de ziektekostenverzekeraar rekening gehouden met aard en omstandigheden van dit geval. Gezien de rolverdeling acht de ziektekostenverzekeraar het niet proportioneel over te gaan tot het opleggen van de zwaarste maatregelen. De door de ziektekostenverzekeraar opgelegde maatregelen zijn: i) terugvordering van de onrechte uitgekeerde vergoedingen van € 9.424,89; ii) opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar; iii) een officiële waarschuwing.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op de toegestuurde vergoedingenoverzichten ook de naam en geboortedatum van de verzekerde die de zorg heeft genoten, staat vermeld. Verzoekster had dus kunnen weten dat er zorgkosten op haar naam en die van haar zoontje zijn gedeclareerd en vergoed. Zij had hierop kunnen reageren, maar heeft dit niet gedaan. Bovendien zijn de bedragen aan verzoekster uitbetaald. Daarom worden de ten onrechte uitbetaalde bedragen bij verzoekster teruggevorderd. Deze vordering is geen sanctie, aangezien sprake is van onverschuldigde betaling. Daarnaast gevraagd antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat er nog geen aanwijzingen zijn dat de vriendin tot terugbetaling zal overgaan. Mocht dit wel gebeuren, dan zal worden overgegaan tot verrekening met de vordering op verzoekster.
- 5.8. 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 10 van de zorgverzekering en 7 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 de door de ziektekostenverzekeraar ingestelde terugvordering van € 9.424,89, en de opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 2.4 van de zorgverzekering (2010) bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude, en welke maatregelen de ziektekostenverzekeraar in dit geval kan opleggen. Deze bepaling luidt:

“Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Zorgverzekeraar VGZ vordert uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat Zorgverzekeraar VGZ uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger registreert in het UVIT-Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van ‘Univé-VGZ-IZA-Trias’.

Ook kan Zorgverzekeraar VGZ uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Zorgverzekeraar VGZ kan van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Fraude heeft tot gevolg dat Zorgverzekeraar VGZ uw zorgverzekering(en) beëindigt en dat Zorgverzekeraar VGZ gedurende een periode van vijf jaar kan weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) en binnen de Univé organisatie lopende (schade)verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen schadeverzekeringen binnen ‘Univé-VGZ-IZA-Trias’ sluiten. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

Zorgverzekeraar VGZ kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen”

In de polisvoorwaarden van 2011 en 2012 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

8.3. In de begripsomschrijvingen van de zorgverzekering (2010) is de definitie van het begrip fraude, zoals bedoeld in de zorgverzekering, opgenomen, en deze luidt:

“Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering 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.”

In de polisvoorwaarden van 2011 en 2012 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

8.4. Artikel 2.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) bepaalt wanneer op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering sprake is van fraude, en welke maatregelen de ziektekostenverzekeraar in dit geval kan opleggen. Deze bepaling luidt:

"Fraude"

Als Zorgverzekeraar VGZ fraude constateert, heeft dit tot gevolg dat elke uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalst, waaronder ook aanspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat Zorgverzekeraar VGZ:

- de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplichtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in het Incidentenregister Zorgverzekeraar VGZ. Dit

Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van Univé-VGZ-IZA-Trias;

- het Centrum Bestrijding Verzekeringfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- de verzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 8 jaar kan weigeren nieuwe verzekeringsovereenkomsten te sluiten;
- de binnen de Univé-organisatie lopende (schade)verzekeringen kan beëindigen;
- registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- (onderzoeks)kosten vordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde. De hoogte van de in rekening te brengen onderzoekskosten worden telkens vastgesteld op 25% van het vanwege het frauduleus handelen terug te vorderen bedrag, met een minimum van € 100,-."

In de polisvoorwaarden van 2010 en 2012 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

- 8.5. In de begripsomschrijvingen van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) is de definitie van het begrip fraude opgenomen, en deze luidt:

"Fraude: het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering 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."

In de polisvoorwaarden van 2010 en 2012 is een vergelijkbare bepaling opgenomen.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW vervalst het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 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. Lid 5 is ingevolge artikel 7:943 lid 2 BW van dwingend recht, en hiervan kan derhalve niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.

- 9.2. Gezien de vèrstrekkende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziektekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.

- 9.3. In artikel 2.4 van de zorgverzekering en in de begripsomschrijvingen van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende bepaald: "Fraude: het plegen of trachten te plegen

van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schadeverzekering 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" Het hier gestelde kan naar het oordeel van de commissie worden vereenzelvigd met het in artikel 7:941 lid 5 BW geformuleerde "opzet de verzekeraar te misleiden".

- 9.4. Het is aan de ziektekostenverzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen – en bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been te zetten.
- 9.5. In dit verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang. De onder 5.2 genoemde nota's zijn op naam van verzoekster en/of haar minderjarige zoontje gesteld. Deze nota's zijn ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Bij deze declaratie zijn het klantnummer en de persoonsgegevens van verzoekster vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van deze declaraties vergoedingen overgemaakt op de bankrekening van verzoekster. Verzoekster is over deze vergoedingen geïnformeerd door middel van vergoedingenoverzichten. De ontvangen bedragen zijn door verzoekster contant overhandigd aan de vriendin die de nota's heeft ingediend en verzoekster heeft hiervoor ongeveer € 700,- ontvangen.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat de onder 5.2 genoemde nota's valselijk zijn opgemaakt. Verzoekster heeft bevestigd dat zij noch haar zoontje de betreffende zorg heeft genoten.
- 9.7. Verzoekster heeft gesteld dat de onderhavige fraude niet door haar is gepleegd, maar door een vriendin aan wie zij haar bankrekeningnummer en haar klantnummer heeft gegeven. Voor zover moet worden aangenomen dat dit juist is, kan dit argument niet overtuigen. Door het afgeven van zowel haar bankrekeningnummer als haar klantnummer heeft verzoekster het risico genomen dat haar gegevens zouden worden misbruikt. Mogelijk heeft verzoekster voorafgaand aan deze kwestie niet de intentie gehad te frauderen. Echter, reeds na de ontvangst van het vergoedingenoverzicht ter zake van de eerste valselijk opgemaakte (en gedeclareerde) nota wist verzoekster, dan wel kon zij weten, dat er een nota op haar naam ter declaratie was ingediend ter zake van door haar noch haar zoontje genoten zorg, en dat op grond hiervan aan haar een vergoeding was uitgekeerd. Dat haar beheersing van de Nederlandse taal onvoldoende zou zijn voor het uitvoeren van administratieve taken is hierbij niet van belang. Verzoekster had kunnen zien dat de brieven op haar naam stonden en dat de hierin vermelde bedragen overeenkwamen met de bedragen die op haar bankrekening werden gestort. Verzoekster heeft naar aanleiding hiervan geen actie ondernomen, maar heeft de onderhavige situatie laten voortduren. Daarnaast heeft zij van de vriendin een vergoeding ontvangen zodat verzoekster ook een eigen - financieel - belang had om de ziektekostenverzekeraar niet te informeren. Een en ander is voldoende om te concluderen dat sprake is van fraude in vereniging.
- 9.8. Uit het voorgaande volgt dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was de in artikel 7:941 lid 5 BW opgenomen sanctie, te weten verval van het recht op uitkering toe te passen. Hetzelfde geldt voor de andere maatregelen, namelijk opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister en het geven van een officiële waarschuwing.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2015,



mr. H.A.J. Kroon

