



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Veronderstelde fraude, buitenland, Egypte, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, registratie in het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen, melding bij de Stichting CIS, vordering onderzoekskosten

Zaaknummer : 201602316

Zittingsdatum : 5 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
- hierna gezamenlijk 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 Beter Af polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend 3 sterren, Aanvullend Tand 2 sterren, en Extra Aanvullend Rotterdam-Rijnmond afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker verbleef van 13 maart 2011 tot 13 april 2011 in Egypte. Hij heeft op 16 oktober 2012 een nota ter zake van door hem in Egypte genoten medische zorg ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.2. Bij brief van 29 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de afhandeling van de nota's uit Egypte meer tijd in beslag neemt. Bij brieven van 5 en 29 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar nadere informatie opgevraagd bij verzoeker ter zake van voornoemde declaratie. Bij brief van 20 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij nog geen reactie heeft ontvangen. Verzoeker is hierbij verzocht de gevraagde informatie alsnog in te sturen. Bij brief van 6 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de declaratie niet verder in behandeling wordt genomen, omdat de gevraagde aanvullende informatie niet is ontvangen.
- 3.3. Bij brief van 27 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bevestigd dat hij de aanvullende informatie weliswaar heeft ontvangen, maar dat deze niet toereikend is om de declaratie te verwerken. Daarom zal de ziektekostenverzekeraar de benodigde informatie en stukken zelf opvragen bij de betrokken zorgaanbieders in Egypte.

- 3.4. Op 9 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de declaratie is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de declaratie niet waarheidsgetrouw is en dat verzoeker opzettelijk heeft getracht hem te benadelen. De declaratie wordt daarom afgewezen. Daarnaast wordt de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Verder worden de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen, en wordt een melding gedaan bij de Stichting CIS. Tevens worden de onderzoekskosten van € 817,30 op verzoeker verhaald.
- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat naar aanleiding van de door hem ingestuurde nieuwe bewijsstukken mogelijk een hernieuwd onderzoek wordt ingesteld. Verzoeker is daarom verzocht een machtiging te tekenen en de vragen op het meegezonden toelichtingsformulier te beantwoorden. Bij e-mailbericht van 21 juli 2015 en brieven van 21 september 2015, 19 november 2015 en 18 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. Met het op 12 oktober 2016 ingevulde klachtenformulier heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten te vergoeden, zijn gegevens te verwijderen uit het interne Incidentenregister, de registratie in het Extern Verwijzingsregister Financiële Instellingen ongedaan te maken, de melding van voornoemde registratie bij de Stichting CIS ongedaan te maken, en de gevorderde en door verzoeker betaalde onderzoekskosten te restitueren (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 3 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.11. Verzoeker is op 5 april 2017 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar was op dat moment telefonisch niet bereikbaar.
- 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 april 2017 verzocht om in de gelegenheid te worden gesteld een reactie te geven op het verslag van de hoorzitting. Hij heeft hierbij aangevoerd dat direct ná ontvangst van het tweede voicemailbericht is geprobeerd om telefonisch contact op te nemen met de commissie, maar dat door het secretariaat van de commissie werd medegedeeld dat het niet mogelijk was nog te worden bijgeschakeld aangezien de hoorzitting reeds was aangevangen.

De commissie heeft daarom op 7 april 2017 de aantekeningen van de hoorzitting aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd en hem in de gelegenheid gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 april 2017 zijn reactie gezonden. Een afschrift hiervan is op 13 april 2017 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is van 14 maart 2011 tot en met 20 maart 2011 opgenomen geweest in het Al Andolos Hospital vanwege buikpijnklachten. In het ziekenhuis zijn verschillende onderzoeken verricht. De nota vermeldt de volgende kosten: "*coronary angiography*", "*laboratory investigations*", "*echo cardiography and other scans*", "*hospital stay*", "*medications*", "*medical observations*", en "*taxes*". De kosten hiervan bedroegen L.E. 36.300 (€ 4.560,-). De nota van deze zorg heeft hij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij onderzoek is gebleken dat de gedeclareerde nota niet correct is. Echter, in de betreffende periode was het als gevolg van de revolutie erg chaotisch in Egypte. Hierdoor is onjuiste informatie verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft persoonlijk contact opgenomen met de algemeen directeur van het ziekenhuis. De administratie van het ziekenhuis is thans weer op orde en de gegevens van verzoeker zijn hierin weer bekend. Verzoeker heeft daarom een nieuwe verklaring, gedateerd 10 december 2014, van de directeur aan de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Hierin wordt bevestigd dat verzoeker in het ziekenhuis was opgenomen van 14 tot en met 20 maart 2011 en dat hij bij ontslag L.E. 36.300 (€ 4.560,-) heeft betaald. Verder wordt verklaard dat de handtekeningen op de nota en het medisch rapport van de voorganger van de algemeen directeur zijn; dat de Engelse versie van de nota speciaal voor verzoeker is gemaakt om buiten Egypte te gebruiken, en dat de "*coronary angiography was done to the patient by a consultant who used to come from outside the hospital to do such cases.*"

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zelf contact heeft opgenomen met het ziekenhuis in Egypte. Nadat de nieuwe directeur van het ziekenhuis contact had opgenomen met de oude directeur is het dossier van verzoeker (met de ingevulde formulieren, medische gegevens, onderzoeken, en het betaalbewijs in het Arabisch) gevonden. De nieuwe directeur heeft vervolgens alle vragen van de ziektekostenverzekeraar beantwoord. Gevraagd naar het ontbreken van een IC-afdeling in het betreffende ziekenhuis, heeft verzoeker toegelicht dat er weliswaar geen IC-afdeling aanwezig was, maar dat hij wél intensieve zorg heeft ontvangen. De benodigde apparatuur werd op zijn kamer gezet en dit wordt beschouwd als IC. Ten aanzien van de foutieve ondertekening van de nota (Er staat "*general manger*" in plaats van "*general manager*") heeft verzoeker verklaard dat nota's in Egypte gewoonlijk in het Arabisch worden opgemaakt. Op zijn verzoek is de nota in het Engels opgesteld. Verzoeker wijst erop dat het rapport van Eurocross niet leesbaar is. Daarnaast gevraagd, antwoordt verzoeker dat hij geen herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering vordert.

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 16 oktober 2012 de nota van de door hem in 2011 in Egypte gemaakte medische kosten ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op 29 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de afhandeling van voornoemde nota wat langer gaat duren in verband met de drukte. Bij brief van 5 november 2012 is verzoeker verzocht aanvullende informatie over te leggen ter zake van de ingediende declaratie. Bij brief van 29 november 2012 is verzoeker verzocht het toelichtingsformulier in te vullen. Op 20 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een herinnering gestuurd voor de opgevraagde informatie. Aangezien de ziektekostenverzekeraar hierop geen reactie van verzoeker ontving, is op 6 maart 2013 schriftelijk aan verzoeker medegedeeld dat de ter declaratie ingediende nota niet verder in behandeling wordt genomen.

Bij brief van 27 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat naar aanleiding van de ontvangen aanvullende informatie voornoemde nota weer in behandeling wordt genomen. De ingestuurde informatie is echter niet voldoende voor de beoordeling. Daarom zal de ziektekostenverzekeraar de benodigde informatie zelf opvragen bij de betrokken zorgaanbieders. Bij brief van 9 oktober 2014 is verzoeker geïnformeerd over de afhandeling van de onderhavige nota.

- 5.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij van 14 maart 2011 tot en met 20 maart 2011 opgenomen is geweest in het ziekenhuis in Egypte vanwege buikpijn. Het van verzoeker ontvangen 'Medical Report' vermeldt dat verzoeker is opgenomen op de I.C.U. (intensive care unit) van het ziekenhuis vanwege "acute chest pain" (acute pijn op de borst). De volgens dit rapport uitgevoerde onderzoeken zijn gebaseerd op eventuele hartklachten. De ziektekostenverzekeraar heeft met toestemming van verzoeker contact opgenomen met het betreffende ziekenhuis. De general manager heeft het volgende schriftelijk verklaard:
- *Er is geen patiënt genaamd [naam verzoeker] opgenomen geweest in het ziekenhuis.*
 - *Er is geen patiënt genaamd [naam verzoeker] geregistreerd in de patiëntenadministratie van het ziekenhuis.*
 - *Er is geen betaalbewijs afgegeven voor Mr. [naam verzoeker].*
 - *Er was in de periode van 14 maart 2011 tot en met 20 maart 2011 geen Intensive Care Unit aanwezig in het ziekenhuis.*
 - *Het document 'Hospital Bill' gedateerd 20 maart 2011 met het bedrag van 36300 L.E. / 4560 Euro en het 'Medical Report' gedateerd 20 maart 2011 is niet door de General Manager [naam] ondertekend."*
- Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een voorbeeldnota ontvangen van het betreffende ziekenhuis. Het door verzoeker ingediende document komt niet overeen met deze voorbeeldnota.
- 5.3. Op 22 juli 2014 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden met verzoeker. In dit gesprek zijn de bevindingen van het onderzoek met verzoeker besproken. Verzoeker bleef volhouden dat hij destijds opgenomen is geweest vanwege buikpijn. Hij had geen verklaring voor de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar. Hij kon evenmin een betaalbewijs overleggen en heeft verklaard het bedrag contant te hebben betaald met geleend geld.
- 5.4. Op basis van de uitkomst van het onderzoek en de aanwezige stukken heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat de declaratie van verzoeker niet waarheidsgetrouw was, en dat hij opzettelijk heeft geprobeerd de ziektekostenverzekeraar financieel te benadelen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft ná het versturen van de heroverweging van 21 juli 2015 van verzoeker aanvullende informatie ontvangen. Hierbij was echter niet het door de ziektekostenverzekeraar gevraagde bewijs van opname van minimaal € 4.560,-- dan wel een afschrift van een transactie van de aankoop van minimaal 36.600 L.E. gevoegd. Evenmin heeft verzoeker andere bewijsstukken overgelegd, waaronder een compleet medisch dossier, waaruit zou kunnen blijken dat de onderhavige nota wèl correct zou kunnen zijn. De nieuwe verklaring van de general manager van het ziekenhuis bewijst volgens de ziektekostenverzekeraar niet dat de gedeclareerde nota correct is. In deze verklaring staat onder meer: "*Coronary angiography was done to the patiënt by a consultant who used to come from outside the hospital to do such cases*". In deze verklaring wordt geen naam genoemd van de betreffende 'consultant', geen e-mailadres en geen volledige adresgegevens waar de betreffende 'consultant' is gevestigd. De ziektekostenverzekeraar is daarom nog steeds van oordeel dat verzoeker een onjuiste nota ter declaratie heeft ingediend.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar was ten tijde van de aanvang van de telefonische hoorzitting niet telefonisch bereikbaar, en heeft daarom geen mondelinge toelichting kunnen geven op de onderhavige kwestie.

5.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 april 2017 gereageerd op de aantekeningen van de hoorzitting. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat het ziekenhuis niet is uitgerust met een afdeling cardiologie en dat het ziekenhuis als toelichting geeft dat er geen patiënten langer dan twee dagen in het ziekenhuis verblijven. Verzoeker heeft vermeld dat er een nieuwe directeur in het ziekenhuis is. Dit blijkt evenwel niet uit het rapport van Eurocross. De agent van Eurocross heeft op 23 april 2014 het Al Andolos Specialized Hospital te Cairo bezocht en gesproken met de directeur (general manager) Dr Mahmoud Sedeek (Seddik is een alternatief gebruikte spelling). Verder blijkt uit de brief van Eurocross van 7 oktober 2014 dat de naam van de werkelijke directeur is Mahmoud Sedeek, en niet Mohamed Sedeek zoals vermeld op de ingediende nota.

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 artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel op grond van de aanhef van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 door de ziektekostenverzekeraar niet vergoeden van de door verzoeker in Egypte gemaakte zorgkosten, de opname van zijn persoonsgegevens in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, de opname van zijn persoonsgegevens in het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen, de melding bij de Stichting CIS, en het op verzoeker verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 817,30.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 1 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op ziekenhuisverpleging, waaronder medisch specialistische zorg.

8.3. In artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"19.2 Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:

– wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

– het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

– wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

19.3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.

(...)

19.5 Nota's uit het buitenland

De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen."

- 8.4. Artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt:

"18.1 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.

18.2 Elk uit deze basisverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

18.3 Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;*
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;*
- c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;*
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen."*

- 8.5. Artikel 9 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering sprake is van fraude. Dit artikel luidt:

"Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor de Beter Af Polis is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet."

- 8.6. In artikel 7:941 lid 5 BW het volgende bepaald:

"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."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW vervalt 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 hier 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 in geval 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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is het volgende bepaald: *"Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons. (...) een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn."* 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 de verzoeker (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. Verzoeker verbleef van 13 maart 2011 tot en met 13 april 2011 in Egypte. Op 16 oktober 2012 heeft hij door inzending van het Declaratieformulier Zorgkosten Buitenland een nota van het Al Andolos Hospital ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft verklaard dat sprake was van spoedeisende medische hulp en dat de aard van de ziekte *"buikpijn"* was. Voornoemde nota is gedateerd op 20 maart 2011 en vermeldt de indicatie *"acute chest pain"*. Op de nota worden verschillende kosten genoemd met een totaal bedrag van L.E. 36.300 / € 4.560,--. Met de ondertekening van dit formulier heeft verzoeker verklaard dat hij dit naar waarheid heeft ingevuld en niets heeft verzwegen.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 5 en 29 november 2012 en 20 februari 2013 aanvullende informatie opgevraagd bij verzoeker. Aangezien de gevraagde informatie vervolgens niet werd overgelegd, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 6 maart 2013 aan verzoeker medegedeeld dat de declaratie niet verder in behandeling wordt genomen. In januari 2014 heeft verzoeker blijkbaar alsnog aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 27 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat dit niet voldoende was, en dat hij daarom zelf de benodigde informatie zou opvragen bij de zorgaanbieder(s) in Egypte. Bij brief van 9 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft geconcludeerd dat de onderhavige declaratie niet waarheidsgetrouw is, en dat daarom de in 3.4 genoemde maatregelen worden getroffen.

- 9.7. In artikel 2.5.4 van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap is bepaald dat zorgverzekeraars zijn gehouden het Protocol Verzekeringsschuldigheid na te leven. In artikel 4.7 van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars is bepaald dat de verzekeraar bij het uitvoeren van onderzoek naar of rond personen de richtlijnen van de Gedragscode Persoonlijk onderzoek in acht neemt. In artikel 9 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek is de informatieplicht geregeld. In dit artikel is onder meer bepaald dat de verzekeraar - voordat hij informatie gaat inwinnen bij derden - betrokkene hierover informeert, waarbij melding wordt gemaakt van het doel en de globale aard van dit persoonlijk onderzoek. In eerder genoemde brief van 27 januari 2014 wordt alleen vermeld dat de ziektekostenverzekeraar over te weinig informatie beschikt om de declaratie te verwerken, en dat daarom de benodigde informatie en stukken worden opgevraagd bij de zorgaanbieder(s) in Egypte. Hiermee is niet voldaan aan voornoemde informatieplicht. Ook anderszins is in het onderhavige dossier niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker heeft medegedeeld dat hij in het kader van een fraudeonderzoek informatie zal inwinnen bij de zorgaanbieder(s) in Egypte.
- 9.8. In de brief van 9 oktober 2014 vermeldt de ziektekostenverzekeraar dat op 22 juli 2014 een telefoongesprek met verzoeker heeft plaatsgevonden in het kader van het fraudeonderzoek. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toezending van het verslag dat van dit gesprek is gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft het gevraagde verslag niet aan de commissie gezonden, zodat de commissie niet heeft kunnen vaststellen dat hoor en wederhoor op de juiste wijze is toegepast in het onderzoek.
- 9.9. Zoals onder 9.2 is overwogen, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een beroep op verzekeringsfraude rechtvaardigen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet geïnformeerd dat een fraudeonderzoek was gestart naar aanleiding van de door hem ter declaratie ingediende nota. Daarnaast is onvoldoende komen vast te staan dat aan verzoeker de mogelijkheid is geboden zijn standpunten nader toe te lichten in het kader van het fraudeonderzoek. Hierdoor is de conclusie dat verzoeker fraude heeft gepleegd onvoldoende zorgvuldig tot stand gekomen. De bestreden beslissing kan reeds hierom geen stand houden. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de persoonsgegevens van verzoeker uit het interne Incidentenregister en uit het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen te verwijderen, en de melding bij de Stichting CIS ongedaan te maken. Tevens komt de vordering van € 817,30 voor gemaakte onderzoekskosten te vervallen.
- 9.10. De commissie constateert voorts dat verzoeker heeft verklaard dat hij in 2011 in Egypte is opgenomen in het Al Andolos Hospital vanwege buikpijn. De door hem overgelegde nota vermeldt echter dat hij is opgenomen in verband met pijnklachten op de borst. Daarnaast valt op dat het logo van het ziekenhuis op de nota en op de verklaring van de general manager van 10 december 2014 afwijkt van andere stukken die zich in het dossier bevinden. Verzoeker heeft deze tegenstrijdigheden in het dossier, hoewel hij daartoe in de gelegenheid is gesteld, niet kunnen weerleggen. Daarom is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geweigerd de betreffende nota te vergoeden.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen betreft, alsmede de melding bij de Stichting CIS en het verhalen van de onderzoekskosten van € 817,30 op verzoeker. Voor zover het de vergoeding van de nota van de in Egypte verleende zorg betreft, dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.12. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals bepaald in 9.11.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 10 mei 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

