



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Veronderstelde fraude, buitenland, Afghanistan, vergoeding nota, beëindiging zorgverzekering, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, melding bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, vordering onderzoekskosten

Zaaknummer : 201602834

Zittingsdatum : 21 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

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 Selectief 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 Beter Af Plus Polis 2 sterren en Beter Af Extra Pakket Studenten 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 31 juli 2013 tot en met 26 augustus 2013 in Afghanistan. Aldaar heeft hij kosten gemaakt voor medische zorg. Na terugkeer in Nederland heeft hij de nota hiervan ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.2. Op 25 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker het 'toelichtingformulier betreffende ziektekosten buitenland' toegestuurd. Verzoeker heeft de op dit formulier gestelde vragen beantwoord, het formulier gedateerd op 30 oktober 2013, ondertekend en aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.3. Bij brief van 17 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betreffende declaratie is afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de declaratie niet waarheidsgetrouw is en dat verzoeker opzettelijk heeft getracht hem te misleiden. De declaratie is daarom afgewezen. Daarnaast wordt de zorgverzekering met ingang van 1 mei 2016 beëindigd. Een eventuele aanvraag voor een aanvullende ziektekostenverzekering zal in de toekomst niet worden geaccepteerd. Verder zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister Financiële Instellingen. Ook is het dossier aangemeld bij Zorgverzekeraars Nederland, die hiervan melding maakt bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsschuldigheid van het Verbond van Verzekeraars. Tevens worden de onderzoekskosten van € 1.612,86 op verzoeker verhaald.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 juli 2016 en e-mailbericht van 9 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
  - 3.5. Bij brief van 15 december 2016 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 melding van voornoemde registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude en Zorgverzekeraars Nederland ongedaan te maken, en af te zien van het vorderen van de gemaakte onderzoekskosten (hierna: het verzoek).
  - 3.6. 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.
  - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 april 2017 aan verzoeker gezonden.
  - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 april 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
  - 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, 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.
  - 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 mei 2017 het verslag van een telefoongesprek tussen twee vertegenwoordigers van de ziektekostenverzekeraar en verzoeker op 3 februari 2015 aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 29 mei 2017 aan verzoeker gestuurd.
  - 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2017 in persoon gehoord.
  - 3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard zich nog te willen beraden over eventuele consequenties vanwege het niet helemaal correct verlopen van hoor en wederhoor tijdens het fraudeonderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie vervolgens niet binnen de ter zitting afgesproken termijn van één week geïnformeerd over de uitkomst hiervan.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker verbleef van 31 juli 2013 tot en met 26 augustus 2013 in Afghanistan. Drie dagen na aankomst kreeg hij veel last van hoofdpijn, misselijkheid en benauwdheid. Op 5 augustus 2013 is hij in verband met voornoemde klachten naar het ziekenhuis gegaan. Hij is aldaar opgenomen en heeft zeven dagen in het ziekenhuis verbleven. Na terugkeer in Nederland heeft hij de nota van voornoemde zorg ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft geruime tijd later geconcludeerd dat de declaratie frauduleus is. Verzoeker bestrijdt deze conclusie ten zeerste.
  - 4.2. Verzoeker dan wel zijn vader heeft tijdens de ziekenhuisopname met iedere zorgverlener contant moeten afrekenen vóórdat de zorg werd verleend. Hiervan zijn geen nota's of kwitanties afgegeven door deze zorgverleners, en waarschijnlijk is dit tevens de reden dat een en ander niet is terug te

vinden in de administratie van het ziekenhuis. Het kan derhalve formeel wel zo zijn dat de zorg in het betreffende staatsziekenhuis gratis is, maar in de praktijk dient voor alles contant en vooraf te worden betaald. Verzoeker merkt hierbij op dat Afghanistan het derde meest corrupte land van de wereld is.

Het ziekenhuis wilde aanvankelijk na het ontslag van verzoeker geen nota aan hem verstrekken. Verzoeker en zijn vader zijn daarom daarna nog enkele keren terug geweest naar het ziekenhuis. Uiteindelijk bleek het ziekenhuis bereid een overzicht te vervaardigen waarop de door verzoeker betaalde kosten bij benadering zijn vermeld. Dit overzicht bevat in feite schattingen van de kosten die verzoeker heeft moeten maken. Daarom zijn de bedragen in Afghani ook afgerond. Het overzicht is overigens niet compleet. Verzoeker heeft meer betaald dan hierop is vermeld. Hij moest het echter doen met de verstrekking van dit document. Verzoeker merkt op dat voornoemd overzicht is voorzien van onder andere stempels, en dat de behandelend arts in zijn verklaring van 22 februari 2014 heeft erkend dat het stuk authentiek is.

- 4.3. Het door de ziektekostenverzekeraar verrichte onderzoek naar de vermeende fraude is niet zorgvuldig geweest. Eerst op 17 maart 2016 is verzoeker schriftelijk geïnformeerd over de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar, terwijl het alles beslissende onderhoud met de arts van het ziekenhuis al ruim twee jaar daarvóór had plaatsgevonden. Het mag duidelijk zijn dat verzoeker moeilijker feiten en bewijzen zal kunnen aandragen naarmate de gebeurtenissen verder in het verleden liggen. Alleen al om die reden is de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar zeer onzorgvuldig.

Daarnaast is het niet toepassen van hoor en wederhoor in deze zaak onzorgvuldig. Er is slechts sprake geweest van één enkel telefoongesprek dat door verzoeker als intimiderend is ervaren. Verzoeker voelde zich destijds, op 3 februari 2015, overvallen door de ziektekostenverzekeraar. Dit kan daarom niet als wederhoor gelden. Het leek vooral bedoeld om verzoeker onder druk te zetten om zijn claim in te trekken.

Verzoeker heeft daarna de ziektekostenverzekeraar gevraagd de zaak in persoon met hem te bespreken, maar de ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek afgewezen.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft externe onderzoekers met de behandelend arts laten spreken, hetgeen heeft geresulteerd in diens verklaring van 22 februari 2014. De eerste vraag is wat de waarde van de ondertekening van een in het Engels opgestelde verklaring van de behandelend arts is, aangezien hij blijkens het e-mailbericht van de arts van Marm Assistance van 11 november 2013 deze taal kennelijk niet beheerst: *"The doctor's spoken Farsi was very illegible and extremely difficult to understand (although he understood me well)."* Als de behandelend arts Engels had gesproken, dan zou de conversatie in die taal hebben plaatsgehad in plaats van in moeizaam Farsi. Daarnaast is de verklaring van de behandelend arts aantoonbaar onjuist en in strijd met de feiten, zoals blijkt uit het navolgende.

- 4.5. De behandelend arts heeft tijdens het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker niet in het ziekenhuis opgenomen is geweest, maar alleen enkele malen poliklinisch is behandeld. In het berichtenverkeer van de alarmcentrale ten tijde van de opname wordt echter duidelijk vermeld dat verzoeker wél was opgenomen. Daaraan kan nog worden toegevoegd dat de arts van de alarmcentrale in zijn bericht, dat begint met *"I have just spoken to (...)"*, halverwege dat bericht laat weten dat *"The patiënt has remained hospitalized due to the persistent nausea (...) "*. Vier regels verderop zegt hij bovendien: *"According to the doctor, the patiënt will probably [be] discharged in a day or two"*. Er kan dus geen misverstand over bestaan dat verzoeker wel degelijk opgenomen is geweest. De behandelend arts heeft dit in 2013 zelf bevestigd. Het argument van de ziektekostenverzekeraar, dat verzoeker heeft gelogen toen hij heeft verklaard dat hij opgenomen was, is dus aantoonbaar onjuist. Bovendien blijkt hieruit dat de behandelend arts onmiskenbaar onwaarheden heeft verklaard (en ondertekend), wat de rest van zijn verklaringen eveneens ongeloofwaardig maakt.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft zich erop beroepen dat het betreffende ziekenhuis een staatsziekenhuis is, dat geen kosten in rekening brengt aan de patiënten. Voor zover dit is na te gaan, is dit formeel juist, maar de eerste vraag die zich aandient is of dit ook voor niet-ingezetenen

opgaat. Artikel 52 van de grondwet van Afghanistan bepaalt (in de Engelse vertaling) *“The state shall provide free preventative healthcare and treatment of diseases as well as medical facilities to all citizens in accordance with the provisions the law.”* Er lijkt dus sprake van gratis zorg voor burgers van Afghanistan. Het is niet erg aannemelijk dat een zeer arm land als Afghanistan bereid is relatief rijke westerlingen van gratis zorg te voorzien. In elk geval is het in veel niet-Europese landen waar sprake is van gratis zorg zo dat dit niet geldt voor buitenlanders (en buitenlanders zelfs vaak hoge rekeningen gepresenteerd krijgen). Verzoeker heeft uitsluitend de Nederlandse nationaliteit en spreekt de talen van Afghanistan niet of nauwelijks, zodat hij ook niet voor een ingezetene kan worden aangezien. De ziektekostenverzekeraar is op dit punt niet ingegaan (behoudens het geven van een andere uitleg van voornoemd artikel uit de grondwet).

Hierbij komt dat de zorg formeel wellicht gratis is, maar dat de praktijk anders blijkt te zijn (zoals vermeld in 4.2).

Het is daarom volgens verzoeker niet verwonderlijk dat de behandelend arts tegenover de onderzoeker volhoudt dat door het ziekenhuis aan verzoeker niets in rekening is gebracht. De betrokken arts zal immers niet snel erkennen dat patiënten geld wordt ontfutseld dat in de verkeerde zakken verdwijnt. Formeel kan zijn bewering dat *“nothing [was] charged by the hospital”* overigens juist zijn, in die zin dat verzoeker was 'charged' door de artsen en medewerkers van het ziekenhuis persoonlijk. Wat daarvan in de kas van het ziekenhuis terecht is gekomen, kan men zich afvragen. Het feit dat van enige administratie ter zake van de opname van verzoeker in het ziekenhuis en de financiële kant hiervan geen sprake is, maakt de verklaringen van de behandelend arts overigens ook onbetrouwbaar.

- 4.7. Verzoeker heeft in het ziekenhuis een aanzienlijk bedrag betaald voor geneesmiddelen en hiervoor een verklaring van het ziekenhuis meegekregen. De ziektekostenverzekeraar stelt op basis van de verklaring van de behandelend arts dat het ziekenhuis deze kosten niet bij verzoeker in rekening heeft gebracht.

Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt in elk geval dat verzoeker diverse geneesmiddelen voorgeschreven heeft gekregen. Voorts meldt de arts van de alarmcentrale: *“He is currently on Paracetamol, 3rd Generation Antibiotics, Metoclopramide and fluids.”* Ook staat vast dat die geneesmiddelen niet gratis waren en dat verzoeker hiervoor heeft betaald. Deze geneesmiddelen zouden niet door het ziekenhuis zijn geleverd, maar door een 'private pharmacy'. De behandelend arts zegt daarover: *“The patiënt has to pay for medications that are unavailable at the hospital and hence purchased from outside. The patiënt pays for this.”*

De verstrekking van de medicatie werd als volgt afgewikkeld. De arts schreef een geneesmiddel voor, maar dit kon inderdaad niet in het ziekenhuis worden verkregen, omdat hier geen apotheek aanwezig was. Op zo'n moment stond een verpleger of een andere medewerker van het ziekenhuis klaar om tegen betaling die geneesmiddelen voor verzoeker te gaan regelen. Verzoeker diende deze kosten contant af te rekenen.

- 4.8. De ziektekostenverzekeraar benadrukt verder dat verzoeker niet kan vertellen waar hij de CT-scan heeft ondergaan. Verzoeker verklaart hierover: *“Tijdens mijn behandeling moest ik een CT-scan onderzoek doen. Dat kon niet in het ziekenhuis en het werd door het ziekenhuis geregeld dat het ergens anders wel kon. Ik werd opgehaald en werd naar een andere kliniek gebracht waar het CT-scan plaats vond. Daar heb ikzelf niets voor hoeven doen.”* In de gegeven omstandigheden is het helemaal niet vreemd dat verzoeker niet weet hoe de kliniek heet waar de CT-scan werd uitgevoerd. Bovendien komt de CT-scan in diverse stukken naar voren, onder andere in het e-mailbericht van de arts van de alarmcentrale en ook in de verklaring van de behandelend arts, zodat er geen redenen zijn om deze CT-scan überhaupt ter discussie te stellen.
- De behandelend arts heeft verklaard dat de CT-scan \$ 55,-- kostte. Hoe hij bij dat bedrag komt, is niet helemaal duidelijk, temeer omdat in zijn ziekenhuis geen CT-scans worden gemaakt. Misschien is het een schatting geweest. Hoe dan ook, verzoeker heeft ter plekke 10.000 AFN moeten betalen voor de scan (wat overigens naar westerse normen goedkoop lijkt). Dit bedrag is daarom zo ook in het overzicht opgenomen.

- 4.9. Verzoeker heeft zich tijdens zijn opname en behandeling gehouden aan de regels van de zorgverzekering. Ook heeft hij regelmatig contact gehad dan wel laten onderhouden met de alarmcentrale.
- 4.10. Er zijn geen redenen om verzoeker van fraude te beschuldigen. Het staat vast dat hij ongeveer een week opgenomen is geweest in het ziekenhuis, waarbij hij allerlei behandelingen heeft ondergaan, een CT-scan is gemaakt en hij geneesmiddelen heeft moeten aanschaffen. Hij heeft met veel moeite een volgens de behandelend arts authentiek bestempelde en ondertekende opgave van de kosten weten te bemachtigen bij de administratie van het ziekenhuis. De opgave van het ziekenhuis bevat geschatte bedragen, maar deze bedragen zijn eerder te laag dan te hoog. Het onderzoek dat de ziektekostenverzekeraar heeft laten uitvoeren is ondeugdelijk. Met name is er geen enkel bewijs voor de kern van het betoog dat de door verzoeker overgelegde nota en verklaring vervalste documenten zijn. Deze zijn wel degelijk door de administratie van het ziekenhuis opgesteld, zoals eerder ook door de behandelend arts is erkend. Voor zover de verklaringen van medewerkers van het ziekenhuis afwijkend zijn, is aannemelijk dat deze niet juist zijn. De behandelend arts heeft in elk geval niet de waarheid verteld, ofwel omdat hij die niet kende ofwel omdat hij andere belangen heeft of die ondersteunt. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar voetstoots aanneemt dat uit deze verklaring blijkt dat zijn eigen verzekerde hem heeft voorgelogen. De ziektekostenverzekeraar omschrijft fraude in artikel 18 van de polisvoorwaarden als *“het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.”* Men kan discussiëren over de nauwkeurigheid van de kostenopgave, maar frauduleus is deze zeker niet. Verzoeker heeft niet de opzet gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden tot het doen van een uitkering waarop hij geen recht had. Verzoeker heeft de claim onderbouwd met de beste middelen die hem ter beschikking stonden.
- 4.11. Gezien de verstrekkende 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 ook voor de andere denkbare sancties ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede het verhaal van de onderzoekskosten. Dit temeer omdat een EVR-melding ernstige consequenties voor betrokkene heeft als hij zaken wil doen met een financiële instelling, zoals het afsluiten van een verzekering of een hypotheek. Artikel 5.2.1 van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Hieruit volgt dat voor een EVR-melding een gegronde verdenking van fraude moet bestaan (Hof Amsterdam ECLI:NL:GHAMS:2010:B07581). Er moet sprake zijn van *“een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld”* (HR, ECLI:NL:HR:2009:BH4720 r.o. 4.4). De Annex bij het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen stelt dat pas tot een EVR-melding mag worden overgegaan als er voldoende bewijs is jegens betrokkene om aan te nemen dat hij in een strafrechtelijke procedure zal worden veroordeeld. Van een dergelijk bewijs van fraude zijdens verzoeker is hier beslist geen sprake. Het is niet aannemelijk dat het een frauduleuze claim betreft, laat staan dat duidelijk is dat verzoeker hierbij ongunstig betrokken zou zijn. Als al sprake is van onregelmatigheden, dan ligt het meer voor de hand dat het ziekenhuis hieraan debet is geweest en dat verzoeker hiervan slechts slachtoffer hiervan is.
- 4.12. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het in Afghanistan niet gebruikelijk is om nota's en bonnetjes te verstrekken. Ook heeft bijna niemand een bankrekening, dus alles wordt contant afgerekend. Daarom hadden verzoeker en zijn vader toen zij in 2013 naar Afghanistan afreisden veel contant geld bij zich. Dit geld heeft verzoeker gebruikt voor het betalen van de zorgkosten. Daarnaast heeft zijn vader geld geleend van een vriend. In reactie op de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het vreemd is dat verzoeker geen probleem had om ongeveer \$ 6.000,- te betalen voor de zorgkosten, maar wèl stelt dat \$ 300,-- voor de taxikosten voor zijn vader problematisch was, heeft verzoeker geantwoord dat hij niet weet

hoeveel de kosten van zorg bedragen, en dat hij dus ook niet weet of \$ 6.000,-- voor de geleverde zorg veel is. De taxikosten van \$ 300,-- vond hij relatief hoog.

Tijdens het telefoongesprek van 3 februari 2015 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar willen uitleggen hoe de situatie in Afghanistan is, maar deze wilde niet luisteren. Verzoeker vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar de arts uit Afghanistan wél vertrouwt, maar verzoeker niet. Verzoeker verklaart het verslag van dit gesprek pas tijdens de onderhavige procedure te hebben ontvangen.

Verzoeker merkt op dat als hij de nota had willen vervalsen, hij het wel beter had gedaan, dus zonder de onregelmatigheden waarnaar de ziektekostenverzekeraar verwijst.

Daarnaar gevraagd, bevestigt verzoeker dat hij thans geen herstel vordert van de zorgverzekering. Hij is inmiddels verzekerd bij een andere zorgverzekeraar.

4.13. 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 5 september 2013 een nota voor de door hem in Afghanistan gemaakte kosten van zorg ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De totale kosten bedragen \$ 6.201,86. Op 2 oktober 2013 is de nota afgewezen, omdat geen sprake was van een originele, gespecificeerde nota. Op 4 oktober 2013 is de nota in behandeling genomen door de afdeling Speciale Zaken. Op 25 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het 'toelichtingformulier betreffende ziektekosten buitenland' gezonden met het verzoek de hierop vermelde vragen te beantwoorden. Op 3 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de bevindingen van zijn onderzoek telefonisch met verzoeker besproken. Bij brief van 17 maart 2016 is verzoeker geïnformeerd over de afhandeling van de onderhavige declaratie.

5.2. De door verzoeker ter declaratie ingediende nota betreft een niet-ondertekend document van het Accountant Department van het Ibni Sina Emergency Hospital. Hierop staan geen stempels. De nota geeft een overzicht van kosten en medicatie, en vermeldt dat de bedragen contant zijn betaald in AFN.

Een ongedateerde, ondertekende en met stempels voorziene medische verklaring van de Nursing Department zit eveneens in het dossier. Hierin staat opgenomen: *"To whom it may concern. This certifie[d]s that [verzoeker] was born in [geboortedatum] which was admitted on 05/08/2013 by impression of Headach[e] in Neurology department of Ibni Sina Emergency Hospital. After treatment he has good condition and discharges on 11/08/2013."* Op deze verklaring staat medicatie vermeld. Tussen voornoemde twee documenten bestaat een aantal opvallende verschillen. Het ongedateerde document van de Nursing Department is in kleur, is ondertekend en bevat stempels. Dit is een medisch rapport, waarop de medicatie is vermeld, zonder vermelding van bedragen. In zijn verklaring van 22 februari 2014 heeft dr. Akram bevestigd dat deze stempels van het betreffende ziekenhuis zijn, en dat de 'Arabic Lines' op dit document van de Nursing Department zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat het document van de Accountant Department met daarop de bedragen, een kleurenkopie is van voornoemd document van de Nursing Department. Dit is onder andere vastgesteld aan de hand van de volgende constatering: (i) de vermelde medicatie is op beide documenten exact hetzelfde; (ii) 'Accountant Department' is over 'Nursing Department' geplakt, zoals is te zien aan de randen; (iii) de kleur van het document is lichter dan het document van de Nursing Department. Voorgaande constatering ondersteunen de ziektekostenverzekeraar in zijn bevinding dat sprake is van een kleurenkopie. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de factuur niet is ondertekend en dat ook de stempels ontbreken. Voorts is de nota gedateerd op 20 augustus 2013, dit is zeven dagen na de ontslagdatum.

5.3. De afdeling Speciale Zaken heeft een nader onderzoek ingesteld via Eurocross, die op zijn beurt Marm Assistance, een Turks bedrijf dat vergelijkbaar is met Eurocross, heeft ingezet. Marm Assistance heeft ter plaatse onderzoek verricht. Eurocross heeft op 25 april 2014 aan de ziektekostenverzekeraar het volgende verslag uitgebracht: *"U heeft ons gevraagd om een declaratie te controleren."*

*Conclusie: De verzekerde [verzoeker] heeft een behandeling genoten in het Ibni Sina Emergency Hospital te Kabul van 5 tot en met 11 augustus 2013. De geclaimde kosten komen echter niet overeen met de kosten welke in rekening zijn gebracht door het Ibni Sina Emergency Hospital te Kabul. Deze zorgverlener heeft de kosten van 347.300,- AFN zoals geclaimd niet in rekening gebracht.*

*Toelichting:*

*Onze agent heeft het bovengenoemde ziekenhuis bezocht op 22 februari 2014 en heeft daar gesproken met de Vice Chancellor van het ziekenhuis Dr. Basir Azizi, mr Salim Masimi van het Nursing Department en met dr. Mohammed Akram, de behandelend arts van verzekerde.*

*De behandelend arts Dr Akram verklaart op schrift dat de verzekerde het ziekenhuis meerdere malen poliklinisch heeft bezocht op 5, 8 en 11 augustus 2013 en is doorverwezen naar de KNO specialist.*

*De behandelend arts verklaart op schrift dat het Ibni Sina Emergency Hospital geen kosten in rekening heeft gebracht voor behandeling van de verzekerde en dat de getoonde nota niet is uitgegeven door hem of het Ibni Sina Emergency Hospital.*

*Wel vermeld[t] de arts dat onder andere medicijnen, laboratorium onderzoek en de brein CT scan door verzekerde zelf moesten worden voldaan aan derde partijen. De nota's van deze derde partijen zijn tijdens deze verificatie niet getoond aan het Ibni Sina Emergency Hospital of andere zorgverleners. De reden is dat deze documenten niet zijn aangeleverd voor verificatie."*

- 5.4. Op 5 augustus 2013 heeft verzoeker zelf vanuit het ziekenhuis gebeld naar Eurocross. Hij heeft tijdens dit gesprek verteld dat hij "gisteren" is opgenomen in het ziekenhuis. Eurocross heeft vervolgens Marm Assistance ingeschakeld om contact op te nemen met het ziekenhuis in Kabul. Marm Assistance heeft van het ziekenhuis vernomen dat het een staatsziekenhuis is dat vrijwel geen kosten in rekening brengt. Het ziekenhuis heeft zelf geen CT-scan apparatuur. Op 7 augustus 2013 heeft Eurocross telefonisch contact gehad met verzoeker. Tijdens dit gesprek is aan verzoeker medegedeeld dat het betreffende ziekenhuis een staatsziekenhuis is, en dat daarom geen kosten bij verzoeker in rekening worden gebracht, met uitzondering van de kosten van medicatie die door het ziekenhuis wordt verstrekt. Voorts is hem medegedeeld dat een CT-scan in een andere kliniek moet worden verricht. Verzoeker heeft destijds niet aan Eurocross gemeld dat hij veel kosten direct contant moest betalen in het ziekenhuis, ondanks dat hem was verteld dat er (bijna) geen kosten voor zijn rekening zouden komen.
- Op 11 augustus 2013 heeft verzoeker per sms aan Eurocross doorgegeven die dag uit het ziekenhuis te zijn ontslagen.
- Gezien de door verzoeker aan Eurocross verstrekte gegevens zou hij van 4 tot en met 11 augustus 2013 zijn opgenomen in het ziekenhuis te Kabul. Hij heeft evenwel later gesteld dat hij van 5 tot en met 11 augustus 2013 was opgenomen.
- 5.5. Op 3 februari 2015 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden met verzoeker. Tijdens dit gesprek zijn de onderzoeksbevindingen met hem besproken. Verzoeker bleef bij zijn verklaring dat hij was opgenomen in het Ibni Sina Emergency Hospital en dat hij hiervoor een bedrag van 347.300,- AFN aan het ziekenhuis heeft betaald. Hij kon geen gegevens overleggen ter zake van de locatie waar de CT-scan was gemaakt. Hij kon evenmin gegevens verstrekken van de apotheek waar hij in Afghanistan de medicatie had gekocht.
- 5.6. Verzoeker stelt dat hij, naast de kosten van medische zorg, extra kosten heeft gehad, onder meer voor het vervoer naar en van het ziekenhuis voor zijn vader. Deze kosten bedragen ongeveer \$ 300,-. Hij voert aan dat de vervoerskosten van zijn vader een grote financiële last waren. De ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat voornoemd bedrag in het niet lijkt te vallen bij de kosten van de behandeling (ongeveer \$ 6.000,-). Het lijkt de ziektekostenverzekeraar onaannemelijk dat een bedrag van ruim \$ 6.000,- zonder grote problemen ter plaatse kan worden betaald, en dat de vervoerskosten van ongeveer € 300,- dan een financieel probleem vormen. Vooral omdat de ziektekostenverzekeraar niet beschikt over enig bewijs van betaling en/of geldopname(n) of andere vormen van het verkrijgen van een dergelijk bedrag aan contant geld. Deze verklaring van verzoeker bij de declaratie en de nota zelf zijn voor de ziektekostenverzekeraar de aanleiding geweest om een nader onderzoek in te stellen.



- 5.7. In reactie op het beroep van verzoeker op de grondwet van Afghanistan merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Volgens de ziektekostenverzekeraar lijkt het erop dat de gratis zorg wordt beperkt tot burgers (en dat dit dus niet geldt voor bijvoorbeeld militairen) aangezien de toevoeging 'of Afghanistan' juist ontbreekt in dit artikel. Waar de grondwet in andere artikelen spreekt over 'citizens' volgt die toevoeging wèl. Bovendien is aan Eurocross op geen enkele wijze medegedeeld dat de kosten van de zorg bij verzoeker in rekening zouden worden gebracht, behoudens die van de zorg die niet door het ziekenhuis zelf kon worden geleverd. Dit terwijl wel bankgaranties zijn aangeboden door Eurocross.
- 5.8. Zoals ook door verzoeker naar voren is gebracht, verschilt de telefonische verklaring van dr. Akram ter zake van de ziekenhuisopname van verzoeker met de later gegeven schriftelijke verklaring. Telefonisch heeft de arts verklaard dat verzoeker was opgenomen in het ziekenhuis. De schriftelijke verklaring van 22 februari 2014 vermeldt dat verzoeker niet was opgenomen, maar het ziekenhuis driemaal heeft bezocht om te worden behandeld. Dr. Akram beheerst volgens dr. Aras van Marm Assistance het Farsi niet goed, in het bijzonder het spreken hiervan. Anders dan verzoeker, is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat de kans op misverstanden tijdens een telefoongesprek groter is dan bij een ondertekende verklaring.
- 5.9. Door verzoeker is gesteld dat de oorzaak van de onduidelijkheden ligt in de corruptie dan wel de administratie van het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat een verzekerde, die aanspraak maakt op een vergoeding, voldoende duidelijkheid dient te verschaffen onder overlegging van nota's die aan de polisvoorwaarden voldoen. Daarnaast dient de verzekerde tijdig (bij de indiening, of in ieder geval zo spoedig mogelijk) melding te maken van alle onregelmatigheden waarvan hij op de hoogte kon zijn. Indien dit wordt nagelaten, komt dit voor risico van de betreffende verzekerde.
- 5.10. Dat de nota zoals deze door verzoeker ter declaratie is ingediend onjuist is, staat volgens de ziektekostenverzekeraar vast. Verzoeker heeft immers zelf gesteld dat hij meer heeft moeten betalen dan op de nota is vermeld.
- 5.11. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier bestudeerd en de volgende toelichting gegeven: *"Er is kennelijk bij het eerste bezoek o.a. even een verdenking geweest op een hersenvliesontsteking, maar daarop wezen de symptomen niet. Ook is er iets met een mogelijke luchtweginfectie waarvoor dan antibiotica werden voorgeschreven en uiteindelijk de ENT (Ear Nose Throat) of wel KNO arts werd geraadpleegd. Was een opname noodzaak: naar NL begrippen niet maar je kan je wel voorstellen wanneer iemand in de loop van de dag komt dat je hem wel ter observatie een nachtje overhoudt. (...) Een aantal dagen is al veel."*  
De ziektekostenverzekeraar stelt voorts: *"Ook onze medisch adviseur acht een opname met betrekking tot de bij ons bekende klachten van verzekerde al veel. Voorgaande stemt overeen met hetgeen dr. Mohammed Akram in zijn verklaring van 22 februari 2014 stelt, namelijk dat er sprake was van poliklinische bezoeken."*
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een recent vonnis van de Rechtbank Den Haag (C/09/520583 / KG ZA 16-1300) waarin is vastgesteld dat de gevolgen van het indienen van een valse nota voor rekening van de verzekerde komen. Ook verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een arrest van het Hof Den Bosch (ECLI:NL:GHSHE:2015:2673) waarin sprake is van een declaratie die niet voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden.
- 5.13. Gevraagd naar de lange afhandelingstermijn van onderhavige kwestie is door de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat in de betreffende periode twee van de drie medewerkers van het segment Grensoverschrijdende Zorg door ziekte gedurende langere tijd afwezig zijn geweest. Daarnaast was sprake van een grote werkvoorraad. Daarom moesten keuzes worden gemaakt. Omdat de behandelaar het beste is geïnformeerd over het dossier, is besloten hem dit dossier zelf te laten afhandelen.

- 5.14. De onderzoekskosten zijn nog niet betaald door verzoeker. Voor zover de ziektekostenverzekeraar kan nagaan, ligt de betreffende vordering bij een incassobureau.
- 5.15. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de ter declaratie ingediende nota onregelmatigheden bevat. Bovendien heeft verzoeker verklaard dat de bedragen een benadering zijn van de daadwerkelijk betaalde bedragen. Reeds hierom staat vast dat de nota niet correct is. Daarnaast zijn geen betaalbewijzen overgelegd. Ook uit de telefoongesprekken met Eurocross blijkt niet dat verzoeker heeft gemeld dat hij grote bedragen moest betalen. Het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar nog steeds dat verzoeker kennelijk een probleem had met het betalen van \$ 300,- voor vervoerskosten, maar niet met het betalen van \$ 6.000,- voor zorgkosten. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker niet eerder dan tijdens het telefoongesprek op 3 februari 2015 is geïnformeerd over het vermoeden van fraude. De reden hiervan is dat de ziektekostenverzekeraar bang was dat verzoeker contact zou opnemen met de behandelend arts om deze te beïnvloeden. De ziektekostenverzekeraar wilde dus voorkomen dat een valse verklaring zou worden afgegeven. Tijdens voornoemd telefoongesprek heeft verzoeker het vermoeden van fraude niet kunnen ontzenuwen. Ten aanzien van de CT-scan gelooft de ziektekostenverzekeraar wel dat deze is uitgevoerd en dat verzoeker hiervoor kosten heeft gemaakt, maar het op de nota genoemde bedrag klopt niet. Door het ziekenhuis is verklaard dat de betreffende kosten € 55,- bedragen. Hoewel de CT-scan in een andere kliniek is gemaakt, is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat de behandelend arts wél weet wat de kosten hiervan zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft, daarnaar gevraagd, erkend dat hoor en wederhoor niet helemaal correct zijn toegepast. Hij wil zich nog beraden over de mogelijke consequenties hiervan, en zal de commissie binnen één week mededelen of hij zijn standpunt op dit punt nog wil wijzigen.
- 5.16. 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 Afghanistan 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 hiervan bij Zorgverzekeraars Nederland en het Centrum Bestrijding Verzekeringssriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, en het op verzoeker verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 1.612,86.

## 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 Selectief 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 invoeren 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.

"(...)"

- 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 van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.

18.2 Elk uit deze basisverzekering voortvloeiend recht op aanspraak vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak 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 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 en u pas 5 jaar na beëindiging een nieuwe verzekeringsovereenkomst kunt sluiten;

c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;

d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen."

Dit artikel is op grond van de aanhef van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. Artikel 9 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt voorts:

"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 Selectief Polis is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet."

- 8.6. In artikel 5.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat vergoeding alleen plaatsvindt indien aan de ziektekostenverzekeraar een originele en duidelijk gespecificeerde nota wordt overgelegd. Op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering is voornoemd artikel ook van toepassing op deze verzekering.

8.7. In artikel 7:941 BW is 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, vijfde lid, 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. Het vijfde lid is ingevolge artikel 7:943, tweede lid, 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 verstrekkende 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, vijfde lid, BW geformuleerde "opzet de verzekeraar te misleiden".

Op grond van de aanhef van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is het voorgaande ook van toepassing op die verzekering. Daarnaast bepaalt artikel 9 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering: *"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 Selectief Polis is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet."*

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 de in artikel 7:941, vijfde lid, BW 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 van belang. Verzoeker verbleef van 31 juli 2013 tot en met 26 augustus 2013 in Afghanistan. Hij heeft verklaard dat hij veel last had van hoofdpijn, misselijkheid en benauwdheid, en dat hij daarom zeven dagen opgenomen is geweest in het ziekenhuis. Op 5 september 2013 heeft verzoeker door inzending van het Declaratieformulier Zorgkosten Buitenland een nota van het Ibni Sina Emergency Hospital ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Voornoemde nota is gedateerd op 20 augustus 2013 en vermeldt verschillende kosten met een totaalbedrag van 347.300,- AFN / \$ 6.201,86. Met de ondertekening van het declaratieformulier heeft verzoeker verklaard dat hij dit naar waarheid heeft ingevuld en niets heeft verzwegen.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2013 aan verzoeker het 'toelichtingformulier betreffende ziektekosten buitenland' gezonden met het verzoek de hierop vermelde vragen te beantwoorden. Verzoeker heeft dit formulier ingevuld en op 30 oktober 2013 ondertekend en geretourneerd. Bij voornoemd formulier waren kennelijk twee machtigingen gevoegd, aangezien in het dossier afschriften aanwezig zijn van een Nederlandse en een Engelse machtiging die eveneens op 30 oktober 2013 door verzoeker zijn ondertekend. Met de Nederlandse machtiging wordt Eurocross door verzoeker gemachtigd om informatie ter zake van zijn "medische geschiedenis, dossier 1657800 of informatie op verzoek" te verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar. Met de Engelstalige machtiging wordt het Ibni Sina Emergency Hospital gemachtigd om stukken of informatie ter zake van de medische geschiedenis van verzoeker te verstrekken aan Eurocross of degene die namens Eurocross optreedt. De brief die met voornoemde machtigingen is meegestuurd, is niet in de procedure ingebracht.
- 9.7. Partijen hebben beide medegedeeld dat op 3 februari 2015 een telefoongesprek heeft plaatsgevonden met betrekking tot de onderhavige kwestie. Uit de verklaringen van partijen ter zake blijkt dat zij dit gesprek heel verschillend hebben ervaren. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 2 maart 2017 expliciet verzocht om toezending van het verslag dat van dit gesprek is gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft het gevraagde verslag eerst op 22 mei 2017 aan de commissie gezonden. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker ter zitting verklaard eerst lopende de onderhavige procedure kennis te hebben genomen van dit stuk.
- 9.8. In artikel 2.5.4 van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap is bepaald dat zorgverzekeraars zijn gehouden het Protocol Verzekeringssriminaliteit 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. Het melden aan betrokkene - dat een persoonlijk onderzoek naar hem wordt ingesteld - blijft op grond van artikel 9.4 van voornoemde Gedragscode achterwege als dit in het belang is van één of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43, onder a tot en met e, Wet bescherming persoonsgegevens. De melding ter zake van het persoonlijk onderzoek kan derhalve achterwege worden gelaten als deze melding het onderzoek zou kunnen schaden, hetgeen ook wordt bevestigd in de jurisprudentie op dit gebied. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat hij verzoeker niet heeft geïnformeerd over het vermoeden van fraude omdat hij bang was dat verzoeker contact zou opnemen met de behandelend arts om deze te kunnen beïnvloeden. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar hierin niet, zij acht de kans dat verzoeker de betrokken arts zou kunnen beïnvloeden ten aanzien van zijn verklaring over de gang van zaken onvoldoende groot om te kunnen spreken van een rechtvaardigingsgrond voor de gemaakte inbreuk op het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van verzoeker. Dat de arts mogelijk (ook) een eigen belang had, in verband waarmee het voor hem relevant zou kunnen zijn te weten dat een fraudeonderzoek was gestart, is in relatie tot verzoeker niet relevant.

- 9.9. Zoals onder 9.2 is overwogen, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een beroep op verzekeringsfraude rechtvaardigen. Uit het voorgaande onderdeel blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker in 2013 niet heeft geïnformeerd dat een fraudeonderzoek was gestart naar aanleiding van de door hem ter declaratie ingediende nota. Daarnaast is onvoldoende komen vast te staan dat verzoeker de gelegenheid heeft gekregen zijn standpunten nader toe te lichten in het kader van het uitgevoerde fraudeonderzoek. Ter zitting is gebleken dat, als het gaat om het toepassen van hoor en wederhoor, het contact beperkt is gebleven tot het telefoongesprek op 3 februari 2015. Uit de door de ziektekostenverzekeraar op 22 mei 2017 overgelegde verslag van voornoemd gesprek blijkt dat eerst aan het einde van dit gesprek aan verzoeker is kenbaar gemaakt dat sprake was van een fraudeonderzoek, waarna direct aan hem is medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude. Naar het oordeel van de commissie geeft hetgeen is besproken tijdens voornoemd telefoongesprek onvoldoende blijk van toepassing van het beginsel van hoor en wederhoor. Aldus is de conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker fraude heeft gepleegd, nog daargelaten dat bij de commissie minst genomen de twijfel bestaat of hiervan in het concrete geval sprake is, onvoldoende zorgvuldig tot stand gekomen. De bestreden beslissing kan derhalve 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 Zorgverzekeraars Nederland en het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars ongedaan te maken. Tevens komt de vordering van € 1.612,86 voor gemaakte onderzoekskosten te vervallen.
- 9.10. Resteert de vraag of de ter declaratie ingediende nota voor vergoeding in aanmerking komt. In artikel 5.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een nota duidelijk gespecificeerd dient te zijn. Op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering is voornoemd artikel ook van toepassing op deze verzekering. De commissie constateert dat de betreffende nota de volgende posten vermeldt: "*Bed charges*", "*Doctor's Vist Charge*", "*Medicine*", "*C.T. Scan*", "*Food Staff*", en "*Other Charge*". Achter deze posten staan aantallen en bedragen in AFN en \$. Onderaan de nota zijn diverse geneesmiddelen genoemd. De nota vermeldt niet welke artsen verzoeker hebben behandeld of welk specialisme de betreffende artsen hebben. Ook de andere kostenposten zijn onvoldoende gespecificeerd. Daarbij heeft verzoeker verklaard dat de bedragen het karakter van schattingen hebben en dat de nota niet volledig is. Aangezien de onderhavige nota daarmee niet voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden, komt deze niet voor vergoeding in aanmerking.

### 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 Zorgverzekeraars Nederland en het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars, en het verhalen van de onderzoekskosten van € 1.612,86 op verzoeker. Voor zover het gaat om de vergoeding van de nota van de in Afghanistan verleende zorg, 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, 19 juli 2017,



H.A.J. Kroon

