



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen D te E
Zaak : Veronderstelde fraude, registratie in het interne Incidentenregister van de
ziektekostenverzekeraar, registratie bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het
Verbond van Verzekeraars, buitenlandnota, declaraties, vordering onderzoekskosten
Zaaknummer : 201401551
Zittingsdatum : 14 januari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 7:941 BW)

1. Partijen

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

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoeker en zijn twee minderjarige kinderen bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
Verder was ten behoeve van verzoeker en zijn twee minderjarige kinderen bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top Maassluis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. Genoemde 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. Verzoeker heeft op 9 oktober 2013 nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor de door zijn twee minderjarige kinderen (hierna te noemen: verzekerde 1 en verzekerde 2) genoten medische zorg tijdens hun verblijf in Turkije. Het betreft voor beide kinderen een circumcisie en voor één van de kinderen onderzoek en behandeling door een arts alsmede geneesmiddelen.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 5 november 2013 medegedeeld dat het opmerkelijk is dat beide kinderen tegelijkertijd dezelfde aandoening hadden aan hun geslachtsdeel. Voorts is gebleken dat de twee medische verklaringen omtrent de circumcisies identiek zijn. Ook hebben de ingrepen plaatsgevonden zonder voorafgaand onderzoek of consult. Verzoeker wordt verzocht een drietal vragen te beantwoorden. Verzoeker heeft deze vragen bij brief van 14 november 2013 beantwoord.
- 3.3. Op 2 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de betreffende declaraties zijn afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de declaraties niet waarheidsgetrouw zijn en dat verzoeker opzettelijk heeft getracht de ziektekostenverzekeraar te misleiden. De declaraties worden daarom afgewezen. Daarnaast zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister en is hiervan een melding gedaan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (hierna: CBV) van het Verbond van Verzekeraars. Tevens wordt een bedrag van € 250,- voor gemaakte onderzoekskosten op verzoeker verhaald.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 28 mei 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten - voor zover deze zijn gedekt - dient te vergoeden, de gegevens van verzoeker moet verwijderen uit het interne Incidentenregister, de melding van voornoemde registratie bij het CBV ongedaan moet maken, en dat hij dient af te zien van het vorderen van de door hem 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 19 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar is op 14 januari 2015 telefonisch gehoord.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2015 een brief met twee correcties op zijn brief van 19 september 2014 aan de commissie gezonden. Een afschrift van deze brief is op 15 januari 2015 aan verzoeker gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker is van 7 augustus tot en met 7 september 2013 met zijn twee minderjarige zoontjes in Turkije geweest. Tijdens het verblijf heeft bij beide kinderen een circumcisie op religieuze gronden plaatsgevonden. Na de ingreep hebben beide kinderen klachten ondervonden. De klachten van het jongste kind (verzekerde 2) waren dusdanig dat medische behandeling noodzakelijk was. Na terugkeer in Nederland heeft verzoeker de nota's van de circumcisies en de medische kosten van verzekerde 2 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
 - 4.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar had geconcludeerd dat verzoeker fraude zou hebben gepleegd, heeft verzoeker telefonisch contact gehad met een medewerker van de afdeling Bijzonder Onderzoek. Hieruit is hem gebleken dat sprake is van een misverstand. Verzoeker heeft nooit beweerd of willen beweren dat de circumcisies op medische gronden hebben plaatsgevonden. Op de toelichting behorende bij het declaratieformulier wordt gevraagd naar de "reden dat u medische kosten heeft gemaakt". Verzoeker heeft hier de symptomen ingevuld die bij zijn kinderen zijn opgetreden ná de circumcisies. Dit blijkt ook uit het antwoord van verzoeker op de nadere vragen van de ziektekostenverzekeraar, namelijk dat de 'aandoening' zich voor het eerst voordeed op 30 augustus 2013. Bovendien kunnen voornoemde symptomen nooit de reden zijn voor een circumcisie. Verzoeker merkt op dat de voor verzekerde 2 vermelde symptomen worden bevestigd door de medische verklaring van 30 augustus 2013.
 - 4.3. De ziektekostenverzekeraar is mede tot zijn conclusie gekomen, omdat verzoeker geen nota's heeft ingediend van de vooronderzoeken die hebben plaatsgevonden voorafgaand aan de circumcisies. Deze onderzoeken zijn wel uitgevoerd, maar verzoeker heeft de betreffende bonnetjes niet bewaard. Verzoeker merkt in dit verband op dat alvorens een religieuze besnijdenis

plaatsvindt in het ziekenhuis, altijd wordt gecontroleerd of het kind de ingreep op dat moment wel kan verdragen.

- 4.4. Verzoeker vindt de bewijzen van de ziektekostenverzekeraar voor de veronderstelde fraude zeer zwak. Indien de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat de onderhavige kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, had hij gewoon kunnen weigeren deze te vergoeden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat geen sprake is geweest van opzet of voorwaardelijke opzet om de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Voorts heeft verzoeker benadrukt dat het gaat om de kosten die ná de circumcisie zijn gemaakt. Op het declaratieformulier was geen mogelijkheid om dit duidelijk te vermelden. Ter aanvulling heeft verzoeker opgemerkt dat hij geen invloed heeft op de verklaringen van de betreffende arts. Alleen wat verzoeker zelf heeft verklaard, is hier van belang.
- 4.6. 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 met het declaratieformulier van 9 oktober 2013 de nota van 19 augustus 2013 ter zake van de circumcisie van verzekerde 1 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hierbij niet vermeld dat de circumcisie op religieuze gronden heeft plaatsgevonden. Dit heeft verzoeker pas in zijn verzoek om heroverweging van 27 december 2013 genoemd. Wel heeft hij op het declaratieformulier (medische) klachten vermeld die verzekerde 1 ondervond. Op dit formulier wordt uitdrukkelijk gevraagd naar de reden voor de gedeclareerde medische kosten, in dit geval dus de reden voor de circumcisie. Verzoeker heeft voor verzekerde 1 geen andere nota's voor medische kosten ter declaratie ingediend.
- 5.2. Verzoeker heeft met het declaratieformulier van 9 oktober 2013 de nota van 19 augustus 2013 ter zake van de circumcisie van verzekerde 2 alsmede de nota's van 26 en 31 augustus 2013 voor gemaakte medische kosten in Turkije ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hierbij niet vermeld dat de circumcisie op religieuze gronden heeft plaatsgevonden. Dit heeft verzoeker pas in zijn verzoek om heroverweging van 27 december 2013 genoemd. Wel heeft hij op het declaratieformulier (medische) klachten vermeld die verzekerde 2 ondervond, te weten misselijkheid, diarree, overgeven, koorts, roodheid en jeuk op de eikel, en slijm in de longen. In het medisch verslag van 19 augustus 2013 - behorende bij de nota van 19 augustus 2013 - wordt "urine difficulty" vermeld als reden voor de circumcisie. De overige medische kosten - die met de nota's van 26 en 31 augustus 2013 zijn gefactureerd - zijn volgens verzoeker ontstaan vanwege klachten die zich hebben voorgedaan nadat de circumcisie had plaatsgevonden. Deze kosten komen op grond van artikel 12 lid 4 aanhef en sub a van de zorgverzekering 2013 niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Verzoeker heeft ten tijde van het indienen van het declaratieformulier willen doen voorkomen dat beide circumcisiës op medische gronden hebben plaatsgevonden, terwijl de werkelijke reden hiervoor religieus van aard bleek te zijn. Verzoeker heeft dus een onjuiste voorstelling van zaken gegeven om deze kosten vergoed te krijgen.
- 5.4. Verzoeker veronderstelt dat de ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat sprake is van fraude, omdat verzoeker geen facturen heeft overgelegd van de vooronderzoeken die hebben plaatsgevonden. Dit is echter niet dé reden dat tot de conclusie 'fraude' is gekomen. De werkelijke reden is namelijk dat verzoeker een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, zoals hiervoor is toegelicht.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de circumcisiës op religieuze gronden hebben plaatsgevonden, en dat verzoeker heeft doen voorkomen dat het op medische gronden is

gebeurd. Hierbij is gekeken naar de medische verklaringen van 19 augustus 2012 (de dag van de circumcisies) en de opgave van verzoeker.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn het niet vergoeden door de ziektekostenverzekeraar van de ten behoeve van de twee minderjarige kinderen van verzoeker in Turkije gemaakte (zorg)kosten, de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, de melding hiervan bij het CBV van het Verbond van Verzekeraars, en het op verzoeker verhalen van de onderzoekskosten ten bedrage van € 250,--.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 12 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer op grond van de zorgverzekering sprake is van fraude en/of opzettelijke misleiding. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Fraude

U bent verplicht ons alle relevante en juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, valse of misleidende stukken of doet u een onware opgave met betrekking tot uw ingediende declaratie of heeft u anderszins gehandeld met het opzet ons te benadelen dan:

a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
b. zullen wij een onderzoek (laten) instellen om ons vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek schorten wij onze verplichting tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s) op;

c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;

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

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

f. zullen wij gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, zoals een verzekerde of een derde."

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

"Het opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst betrokken personen en organisaties en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen."

- 8.4. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

lid 5 Overige uitsluitingen rond medisch-specialistische zorg

De volgende zorg wordt niet vergoed:

(...)

j. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben;

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 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 hiervan 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 ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, de melding hiervan bij het CBV, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.
- 9.3. In artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, is fraude als volgt gedefinieerd: "Het opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst betrokken personen en organisaties en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen." Het hier gestelde kan naar het oordeel van de commissie worden gelijkgesteld aan 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 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 met zijn twee minderjarige kinderen van 7 augustus tot en met 7 september 2013 in Turkije. Hij heeft na terugkomst in Nederland door inzending van twee afzonderlijke declaratieformulieren, beide gedateerd op 9 oktober 2013, nota's ter zake van in Turkije gemaakte kosten, waaronder kosten voor aan zijn zoontjes verleende medische zorg, ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft op het declaratieformulier waarmee de nota van de circumcisie van verzekerde 1 is gedeclareerd, vermeld: "diaree, overgeven, roodheid op de eikel + jeuk geen eetlust". Op het declaratieformulier waarmee de nota's die betrekking hebben op de aan verzekerde 2 verleende zorg zijn gedeclareerd, heeft hij vermeld: "misselijkheid, diaree, overgeven, koorts, roodheid op de eikel + jeuk, slijm in longen". Op de medische verslagen van 19 augustus 2013 staat voor beide verzekerden vermeld dat een circumcisie heeft plaatsgevonden vanwege de klachten "urine difficulty, burning".

- 9.6. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd of verzoeker in het kader van het fraudeonderzoek door hem is gehoord en, indien dit het geval is, om toezending van het hiervan gemaakte verslag. Voorts heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht om toezending van het onderzoeksrapport. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie medegedeeld dat verzoeker niet is gehoord in het kader van het onderzoek en dat evenmin een onderzoeksrapport voorhanden is. Alle bevindingen heeft de ziektekostenverzekeraar vastgelegd in de correspondentie.
- 9.7. 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 de mogelijkheid geboden zijn standpunten nader toe te lichten in het kader van het fraudeonderzoek. Evenmin is een rapport opgemaakt van dit onderzoek. 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 te verwijderen uit het interne Incidentenregister, en de melding bij het CBV van het Verbond van Verzekeraars ongedaan te maken. Tevens komt de vordering van € 250,- voor gemaakte onderzoekskosten te vervallen.
- 9.8. In artikel 17 lid 5 sub j van de zorgverzekering is circumcisie expliciet uitgesloten van vergoeding. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de op 19 augustus 2013 in Turkije bij zijn zoontjes uitgevoerde circumcisis. Kosten van medische zorg voor complicaties na een circumcisie zijn op grond van artikel 17 van de zorgverzekering niet uitgesloten van vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft de gedeclareerde kosten van medische zorg ter zake van de complicaties na de circumcisie van verzekerde 2 afgewezen onder verwijzing naar artikel 12 lid 4 aanhef en sub a van de zorgverzekering. Dit betreft het 'fraudeartikel'. De ziektekostenverzekeraar heeft geen beroep gedaan op enige andere bepaling die de kosten van complicaties ten gevolge van niet-verzekerde zorg uitsluit van vergoeding. De ziektekostenverzekeraar zal de gedeclareerde kosten daarom alsnog - voor zover deze voldoen aan de polisvoorwaarden - moeten vergoeden.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.
- 9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 28 januari 2015,

Voorzitter