



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Veronderstelde fraude, buitenland, Turkije, neuscorrectie, beëindiging verzekeringen, registratie in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, registratie in het Extern Verwijzingsregister Financiële Instellingen, melding bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, vordering onderzoekskosten

Zaaknummer : 201600352

Zittingsdatum : 14 september 2016

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 2015, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 7:941 BW)

1. Partijen

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

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

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

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker verbleef in januari 2015 in Turkije. Hij heeft op 5 februari 2015, na zijn terugkeer in Nederland, een nota ter zake van door hem in Turkije genoten medische zorg ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

3.2. Bij brief van 5 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hetgeen hij op het declaratieformulier heeft verklaard met betrekking tot de aanleiding van de betreffende operatie niet overeenkomt met de door hem overgelegde medische informatie. Verzoeker wordt daarom in de gelegenheid gesteld schriftelijk zijn zienswijze te geven ter zake van het vermoeden van de ziektekostenverzekeraar, dat de aanleiding van de operatie een andere was.

3.3. Op 18 november 2015 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 de ziektekostenverzekeraar te misleiden. De declaratie wordt daarom afgewezen. Daarnaast wordt zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering per direct beëindigd. Verder zijn de persoonsgegevens van verzoeker opgenomen in het interne Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister Financiële Instellingen, en is een melding gedaan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude. Tevens worden de onderzoekskosten van € 250,- op verzoeker verhaald.

3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.5. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 23 maart 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen
- 3.6. Bij brief van 31 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) een brief geschreven. De commissie begrijpt hieruit dat verzoeker van oordeel is dat geen sprake is van fraude. Aldus beschouwd komt zijn verzoek hierop neer dat hij de commissie verzoekt 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 ongedaan te maken, zijn gegevens te verwijderen uit het Extern Verwijzingsregister Financiële Instellingen, de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht ongedaan te maken, en af te zien van het vorderen van de gemaakte onderzoekskosten (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 september 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld evenmin 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.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is op 18 januari 2015 naar Turkije gegaan voor vakantie. Op 19 januari 2015 heeft hij tijdens een spelletje voetbal met vrienden een schop tegen zijn neus gehad. Hierdoor was zijn neus beschadigd. Verzoeker is daarom naar het ziekenhuis gegaan, en de dienstdoende arts heeft hem verteld dat hij moest worden geopereerd. Verzoeker heeft die dag contact opgenomen met de (alarmcentrale van) de ziektekostenverzekeraar. Daar is hem verteld dat hij naar "een kantoor" moest gaan om een "bepaald formulier" in te vullen om in aanmerking te komen voor een "deelvergoeding". Verzoeker heeft bedoeld formulier opgehaald en ingevuld. Op 20 januari 2015 is verzoeker geopereerd.
- 4.2. Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker de nota's ter zake van de operatie alsmede de nota's voor het omzetten van zijn terugreis ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen omdat hij heeft geconcludeerd dat er niets aan de hand was met de neus van verzoeker. Verzoeker bestrijdt dit ten eerste. Hij bestrijdt tevens dat hij naar Turkije is gegaan om de betreffende ingreep te laten uitvoeren. Verzoeker heeft jarenlang gebokst en gevoetbald, en heeft hierbij meerdere keren een klap op zijn neus gehad. Hierdoor had hij al jaren last van passageklachten. Zo had hij tijdens wedstrijden last van zuurstofgebrek met als gevolg duizeligheid en flauwvallen.

Op 3 september 2010 heeft hij van zijn vorige verzekeraar een machtiging ontvangen voor een operatie aan zijn neus met DBC-code 110000330213 met omschrijving "11/vormafwijkingen/klinisch met ther vr".

Op 18 april 2011 is verzoeker op controle geweest bij zijn KNO-arts. Deze schrijft op 27 april 2011 dat hij verzoeker heeft gezien in verband met diens neuspassageklachten en dat een operatie - bestaande uit een septumcorrectie, neustip rotatie en reductie van de neustip - onder algehele narcose zal volgen.

Om hem moverende redenen heeft verzoeker toen besloten de operatie geen doorgang te laten vinden.

4.3. Verzoeker benadrukt dat hij de ingreep in Turkije niet had gepland. Als de betreffende ingreep wél gepland had kunnen worden, had verzoeker deze het liefst in Nederland laten uitvoeren; dichter bij huis en door een hem bekende KNO-arts. Bovendien zou hij - als de operatie in Turkije gepland was geweest - niet een reis van één week hebben geboekt. Door het voorval heeft hij zijn vliegticket moeten annuleren en de duur van zijn verblijf in Turkije moeten verlengen. Hij heeft nu tweemaal nieuwe hotels moeten regelen en zijn retourticket moeten omzetten, terwijl hij hoge koorts had en zijn gezicht gezwollen was.

4.4. Verzoeker heeft bij brief van 9 juni 2015 gereageerd op het door de ziektekostenverzekeraar kenbaar gemaakte vermoeden ter zake van de gedeclareerde zorgkosten. Verzoeker licht in dit verband toe dat hij de in Nederland geplande ingreep destijds heeft uitgesteld, omdat dit anders het einde had kunnen betekenen van zijn bokscarrière.

Verzoeker benadrukt dat - anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - geen sprake is van een gewone neuscorrectie. De operatie heeft 4,5 uur geduurd, omdat deze door alle beschadigingen (die het gevolg zijn van trauma's uit het verleden) erg ingewikkeld was. Tijdens de operatie is zijn neus ook recht gezet, zodat verzoeker thans weer gewoon kan ademen. Verzoeker begrijpt niet waarom het Turkse ziekenhuis verkeerde informatie heeft verstrekt aan de ziektekostenverzekeraar. Hij had dit niet verwacht van een officiële medische instelling. Hij vertelt dat hij veel pijn had, maar dat de pijn bij hem veel minder opvallend en zichtbaar is dan bij anderen, omdat hij een hoge pijngrens en veel doorzettingsvermogen heeft. In het verleden is zijn neus tijdens bokswedstrijden meermaals gebroken, en is hij ondanks de pijn doorgegaan.

4.5. 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 de nota's van de door hem in Turkije gemaakte medische kosten op 5 februari 2015 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Aangezien een volledig ingevuld en/of ondertekend declaratieformulier ontbrak, heeft de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten bij brief van 24 februari 2015 afgewezen. Vervolgens is op 4 maart 2015 alsnog een volledig ingevuld declaratieformulier ontvangen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 5 juni 2015 medegedeeld dat hij het vermoeden heeft dat de aanleiding tot de ingreep niet een slag op de neus was tijdens het voetballen, maar dat het een neuscorrectie en derhalve planbare zorg betrof. Uit het operatieverslag blijkt namelijk dat de klacht van verzoeker betrekking had op een neusverstopping. Uit dit verslag blijkt voorts dat geen sprake was van pijnklachten of bloedverlies. In het kader van hoor en wederhoor is verzoeker in de gelegenheid gesteld hierop schriftelijk te reageren.

5.3. Het vermoeden van de ziektekostenverzekeraar is bevestigd door het e-mailbericht van 29 september 2015 van de gemachtigde van verzoeker, die tevens zijn tussenpersoon is. In dit e-mailbericht wordt het volgende medegedeeld: "Tevens sturen wij u een verslag KNO onderzoek van MCH te Den Haag. De cliënt heeft de operatie toch in Turkije laten doen i.p.v. MCH te Den Haag. De toenmalige zorgverzekeraar [naam] heeft toen ook al toestemming verleend voor de operatie, bevestiging MCH. Wij zullen de stukken ook per post doen." Hieruit blijkt, aldus de ziektekostenverzekeraar, dat sprake is van planbare zorg. Dit wordt voorts bevestigd door de -

eveneens overgelegde - brief van het Medisch Centrum Haaglanden van 27 april 2011, waarin het volgende wordt vermeld: *"Op 18-04-2011 zag ik ter controle bovengenoemde patiënt in verband met zijn neuspassage klachten. Patiënt heeft vroeger veel gebokst en zou er nu mee gestopt zijn. Bij KNO-onderzoek wordt een forse septumdeviatie gezien van zowel het kraakbeen als het benig septum naar links. Objectief is de neuspassage verminderd. Tevens is er sprake van een drooping neustip. Patiënt vindt zijn neus ook iets te groot en heeft verzocht om een uitwendige neuscorrectie in de zin van reductie van de neusvolume. De voor- en nadelen heb ik uitvoerig met patiënt besproken alsook de risico's van de ingreep. Inmiddels is toestemming verkregen van de zorgverzekeraar."*

- 5.4. Verzoeker heeft verklaard dat hij volgens planning van 18 tot en met 26 januari 2015 in Turkije zou verblijven. Het op 12 januari 2015 door verzoeker aangevraagde N/Tur111-formulier is echter afgegeven voor de periode van 16 januari 2015 tot en met 16 februari 2015.
- 5.5. Verzoeker heeft doen voorkomen dat sprake was van medisch noodzakelijke zorg tijdens zijn vakantie om volledige vergoeding te kunnen ontvangen. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan: zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Hiervan is in de onderhavige situatie geen sprake.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft - met een machtiging daartoe van verzoeker - nadere informatie opgevraagd bij het Turkse ziekenhuis, maar het betreffende ziekenhuis heeft hieraan geen gehoor gegeven.
- 5.7. Op basis 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 te misleiden.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het door de ziektekostenverzekeraar niet vergoeden van de door verzoeker in Turkije gemaakte zorgkosten, de opname van zijn persoonsgegevens in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, de melding hiervan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, de opname van zijn persoonsgegevens in het Extern Verwijzingsregister Financiële Instellingen, het per 18 november 2015 beëindigen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, 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 18a van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op medisch specialistische zorg.
- 8.3. In artikel 10 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld. Dit artikel luidt:

"(...)

lid 2 Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland, dan krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15.

(...)

lid 5 Vergoeding en machtiging

Als u zorg inroept waarbij u opgenomen moet worden of in een instelling moet verblijven, de zogenoemde intramurale zorg, is het vereist om vooraf van ons toestemming te hebben gekregen. Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet. U dient een spoedopname altijd binnen 2 x 24 uur aan SOS International te melden.

Het toestemmingsvereiste is niet van kracht als u zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg.

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7, bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan aangeven:

- a. of u verzekerd bent voor die zorg;*
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;*
- c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;*
- d. of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.*

(...)

lid 7 Vergoeding van medisch noodzakelijke zorg

Als u in het buitenland medisch noodzakelijke zorg inroept, dat wil zeggen zorg die naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, dan zullen wij deze zorg volledig vergoeden."

- 8.4. 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:

"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."

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

"Fraude:

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

- 8.6. Artikel 6 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt dat de zorgverzekering kan worden beëindigd indien de verzekeringnemer onrechtmatig handelt. Deze bepaling luidt:

"Onrechtmatig handelen

Onder bepaalde omstandigheden zouden wij, als deze omstandigheden eerder bekend waren geweest, geen zorgverzekering hebben gesloten. Deze omstandigheden doen zich voor indien een verzekerde zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij hebben in die situaties het recht zowel de aanvullende zorgverzekering als de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen. Tevens zullen wij de onderzoekskosten op de verzekerde verhalen."

- 8.7. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering sprake is van fraude. Dit artikel luidt:

"De Verzekeringnemer is verplicht de Verzekeraar alle relevante en juiste informatie te geven. Indien de Verzekeringnemer een verkeerde voorstelling van zaken geeft, valse of misleidende stukken overlegt of een onware opgave doet met betrekking tot de ingediende declaratie of anderszins heeft gehandeld met het opzet de Verzekeraar 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. zal de Verzekeraar een onderzoek (laten) instellen om het vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek wordt de verplichting tot uitbetaling van de vergoeding van de declaratie(s) opgeschort;*
- c. vordert de Verzekeraar reeds uitgekeerde vergoeding(en) (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de Fraude terug;*
- d. heeft de Verzekeraar bij vastgestelde Fraude en/of misleiding het recht de Verzekering met onmiddellijke ingang te beëindigen;*
- e. zal de Verzekeraar de vastgestelde Fraude intern registreren, deze inschrijven in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen (Fraude Informatie Systeem Holland) en zo nodig aangifte doen bij Justitie.*

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

- 8.8. 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 vèrstreckende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziektekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.
- 9.3. In de begripsomschrijvingen, zoals opgenomen in artikel 1 van de zorgverzekering, is met betrekking tot fraude het volgende vermeld: *"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 voorwendzelen."* Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering sprake is van fraude indien de verzekeringnemer een verkeerde voorstelling van zaken geeft, valse of misleidende stukken overlegt of een onware opgave doet met betrekking tot de ingediende declaratie of anderszins heeft gehandeld met het opzet de ziektekostenverzekeraar te benadelen. 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 verzoeker (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been te zetten. In dat verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang.
- 9.5. De commissie constateert dat de stelling van verzoeker tweeledig is: (i) hij heeft op 19 januari 2015 in Turkije tijdens het voetballen een schop tegen zijn neus gekregen waardoor hij direct moest worden geopereerd, en (ii) hij had voor de noodzakelijke ingreep van zijn toenmalige verzekeraar reeds een machtiging ontvangen. Ten aanzien van het gestelde onder (i) overweegt de commissie als volgt.
- 9.6. Verzoeker verbleef van 18 tot en met 26 januari 2015 in Turkije. Aldaar is hij op 20 januari 2015 geopereerd. Na terugkomst in Nederland heeft hij de nota van deze operatie ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op de betreffende nota, gedateerd op 21 januari 2015, staat de volgende verrichting vermeld: *"Muayene, Tetkik ve Tedavi Fark Ücreti"*. Hiervoor is TRY 2.696,54 in rekening gebracht. Op het declaratieformulier heeft verzoeker vermeld dat de kosten van de operatie € 1.300,-- bedragen. Daarnaast zijn nog twee (slecht leesbare) nota's van het ziekenhuis ter declaratie ingediend. Op het declaratieformulier heeft verzoeker vermeld dat de totale, door hem

geclaimde kosten € 1.950,-- bedragen. Hij heeft hierbij vermeld dat dit bedrag inclusief "*medicijnen, taxi, hotels, annuleringen, nieuwe vluchten en operatie*" is.

- 9.7. De behandelend arts heeft in het operatieverslag geen melding gemaakt van een recent trauma, wel van een voorgeschiedenis met trauma's. Daarnaast schrijft de arts dat geen sprake is van pijnklachten. In het operatieverslag wordt verklaard dat een "*open rhinoplasty with septal reconstruction*" is uitgevoerd. De definitieve diagnose is een "*nasal septum deviation*".
- 9.8. Verzoeker heeft verklaard dat de ingreep het gevolg was van een schop tegen zijn neus tijdens het voetballen. Uit de overgelegde stukken blijkt evenwel dat verzoeker reeds enkele jaren last had van passageklachten. De commissie verwijst in dit verband naar de verklaring van de KNO-arts van 27 april 2011. Uit het overgelegde operatieverslag blijkt voorts niet dat in januari 2015 sprake was van een recent trauma en/of pijnklachten. Verzoeker heeft hiertegen aangevoerd dat de door het Turkse ziekenhuis verstrekte informatie niet juist is, in die zin dat hij weliswaar veel pijn had, maar dat dit bij hem minder opviel omdat hij een hoge pijngrens heeft. Dit argument kan evenwel niet overtuigen.
- 9.9. Dat sprake was van een geplande behandeling blijkt verder uit het e-mailbericht van 29 september 2015 van de tussenpersoon van verzoeker, waarin staat: "*De cliënt heeft de operatie toch in Turkije laten doen i.p.v. MCH te Den Haag.*"
- 9.10. De vraag is vervolgens of deze misleiding het verval van het recht op uitkering en de overige sancties rechtvaardigt. De stelling van verzoeker dat de ingreep aan zijn neus het gevolg was van een op 19 januari 2015 opgelopen trauma kan, gelet op het voorgaande, geen stand houden. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was de in artikel 7:941 lid 5 BW opgenomen sanctie, te weten verval van het recht op uitkering toe te passen. Hetzelfde geldt voor drie andere sancties, te weten opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, en de melding hiervan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude, en de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het Extern Verwijzingsregister Financiële Instellingen.
- 9.11. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar besloten tot beëindiging van de onderhavige zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In de artikelen 12 lid 4 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat fraude tot gevolg kan hebben dat de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd. De ziektekostenverzekeraar was, gelet op voornoemde bepalingen en het bepaalde in artikel 7:940 lid 3 BW, gerechtigd tot beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker te besluiten. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar de door hem gemaakte onderzoekskosten van € 250,-- op verzoeker verhaald. Gezien hetgeen hiervoor is overwogen, mocht de ziektekostenverzekeraar hiertoe overgaan.
- 9.12. Ten aanzien van de tweede stelling van verzoeker, te weten dat door zijn vorige verzekeraar een machtiging werd afgegeven voor een operatie aan de neus, geldt dat dit gegeven niet kan leiden tot een andere uitkomst. Nog afgezien van de vraag of deze machtiging ten tijde van de behandeling in Turkije nog geldig was, moet worden vastgesteld dat ook een eventueel nog geldige machtiging niet kan wegnemen dat sprake is geweest van de opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2016,



A.I.M. van Mierlo

