

### **Waarom een fraudebeleid?**

Wij gaan ervan uit dat verzekerden en zorgverleners alleen declaraties bij ons indienen voor behandelingen en verstrekkingen die ook daadwerkelijk zijn verricht of geleverd. Wij zijn ervan overtuigd dat het overgrote deel van onze verzekerden en onze zorgverleners dit zeker zal doen. Een kleine groep doet dit echter niet. Die groep fraudeert ten koste van degenen die dat niet doen met als gevolg dat de premie onnodig hoog is, als wij hier als verzekeraar niet tegen in actie zouden komen.

Wij gebruiken 'als' omdat wij als verzekeraar heel actief zijn als het gaat om de aanpak van fraude. Zo hebben wij een fraudebeleid en een afdeling Speciale Zaken die zich bezig houdt met fraudebestrijding. En dat zo'n afdeling niet alleen geld kost maar ook het nodige geld oplevert, hoeft geen betoog. Met fraude is namelijk veel geld gemoeid. Dit beleid heeft uiteindelijk ook weer invloed op de hoogte van de premie. En die willen we zo laag mogelijk houden. Maar dat spreekt eigenlijk voor zich.

### **Wat is fraude precies?**

Onder fraude verstaan wij het doelbewust benadelen van Turien & Co om er zelf (of een ander) financieel beter van te (laten) worden. Een aantal voorbeelden om dat duidelijk te maken:

- Het bedrag van de nota wordt aangepast waardoor een hoger bedrag kan worden gedeclareerd dan er ooit betaald is.
- Behandelingen worden op naam van een andere verzekerde gedeclareerd.
- De zorgverlener declareert op verzoek van de verzekerde een behandeling over twee dagen waardoor een hoger bedrag vergoed kan worden.
- De maximale vergoeding voor bepaalde kosten is in een jaar bereikt. Verzekerde en zorgverlener spreken af dat op de nota een datum in het nieuwe jaar komt, zodat de verzekerde de kosten toch kan declareren bij de zorgverzekeraar.
- Er wordt een duurder hulpmiddel gedeclareerd dan er is geleverd.
- Er wordt een hulpmiddel gedeclareerd dat nooit is geleverd.

En zo zijn er veel andere voorbeelden te noemen, want fraudeurs zijn uiterst creatief en vindingrijk. Als we denken dat er iets niet klopt, stellen we altijd een onderzoek in. En bij zo'n onderzoek kunnen we speciale technieken en programma's inzetten om een eventuele fraude te kunnen vaststellen.

### **Wat als fraude vaststaat?**

Als uit ons onderzoek blijkt dat sprake is van fraude dan kunnen wij een aantal maatregelen nemen:

- De declaratie kan niet vergoed worden.
- Een uitgekeerde declaratie kan worden terugbetaald als de fraude pas na betaling door ons is vastgesteld.
- Eventuele extra gemaakte (onderzoeks)kosten kunnen in rekening gebracht worden.
- De aanvullende-/ tandartsverzekering kan worden opgezegd.
- In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen en vastleggen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).
- Ook kunnen wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger registreren:
  - bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
  - in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).
- Er kan bij de politie aangifte worden gedaan.
- De overeenkomst met de zorgverlener kan worden opgezegd.

Het is duidelijk dat wij alles in het werk stellen om fraude - hoe klein of groot deze ook is - te bestrijden.

### **Fraude melden**

Wilt u een eventuele fraude bij ons melden, stuurt u dan een e-mail naar [ziektekosten.schade@turien.nl](mailto:ziektekosten.schade@turien.nl). Meldt u een fraude dan verzekeren wij u dat wij met de door u verstrekte gegevens strikt vertrouwelijk omgaan.