

## **Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-846 (prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. R.A. Blom, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 12 juni 2019  
Ingediend door : Consument  
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te  
noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 24 oktober 2019  
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

### **Samenvatting**

Consument vordert dat Verzekeraar alsnog dekking verleent onder de reisverzekering voor de gemaakte kosten voor behandelingen bij de fysiotherapeut in Nederland omdat deze kosten samenhangen met een ongeval tijdens zijn reis. De Commissie oordeelt dat Verzekeraar terecht dekking onder de verzekering heeft afgewezen omdat in de voorwaarden geneeskundige kosten die in Nederland zijn gemaakt expliciet van dekking zijn uitgesloten. Het staat Verzekeraar immers vrij om de grenzen van de dekking te bepalen in de verzekeringsvoorwaarden. De klacht van Consument wordt afgewezen.

### **1. Procesverloop**

- 1.1 De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken: het door gemachtigde namens Consument ingediende klachtformulier met bijlagen, het verweerschrift van Verzekeraar, de repliek van Consument en de dupliek van Verzekeraar.
- 1.2 De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken via de verkorte procedure als bedoeld in artikel 32 Reglement worden beslist. De uitspraak van de Commissie is daarom niet-bindend.

### **2. Wat is er gebeurd?**

- 2.1 Consument heeft een reisverzekering (hierna: de 'Verzekering') bij Verzekeraar gesloten. Consument heeft op enig moment een beroep gedaan op zijn Verzekering in verband met letsel ten gevolge van een val tijdens zijn wintersportvakantie in Oostenrijk. Consument is daardoor van 7 februari 2019 tot en met 9 februari 2019 in een ziekenhuis in Oostenrijk opgenomen. Op 9 februari 2019 is Consument teruggegaan naar Nederland. Terug in Nederland heeft Consument op 12 februari 2019 zijn huisarts bezocht die hem fysiotherapie adviseerde.

- 2.2 Bij brief van 28 maart 2019 heeft Verzekeraar Consument geïnformeerd dat slechts een deel van de schade wordt vergoed. Het deel dat ziet op de kosten voor de fysiotherapeutische behandeling komt niet voor vergoeding in aanmerking omdat deze kosten niet onder de dekking van de Verzekering vallen.
- 2.3 Consument is het oneens met het standpunt van Verzekeraar en heeft een klacht ingediend bij Kifid.

### **3. Het geschil – waar gaat het in deze procedure om?**

#### *Vordering Consument*

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar dekking voor de gemaakte kosten voor de fysiotherapeutische behandelingen verleent. Consument geeft aan dat het gaat om een bedrag van €100,00. Ter onderbouwing van zijn standpunt voert Consument de volgende argumenten aan.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Het ongeval heeft plaatsgevonden in Oostenrijk tijdens zijn reis. Nu de onvoorziene kosten voor fysiotherapie een gevolg zijn van het ongeval tijdens zijn reis, is er een samenhang tussen de gebeurtenis en de gemaakte kosten waardoor deze onvoorziene kosten voor vergoeding in aanmerking dienen te komen. Nu het ongeval een gedekt evenement is onder de verzekering dienen alle daarmee samenhangende kosten voor vergoeding in aanmerking te komen dus ook de kosten voor fysiotherapie.
- 3.3 De na-u clausule gaat in dit geval niet op omdat de eerste 19 fysiotherapeutische behandelingen niet zijn gedekt onder het basispakket van zijn zorgverzekering. De kosten dienen dus voor vergoeding in aanmerking te komen.

#### *Verweer Verzekeraar*

- 3.4 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.
- 3.5 De kosten zijn niet gedekt onder de Verzekering. De reisverzekering is bedoeld om onvoorziene kosten tijdens de vakantie af te dekken. In artikel 2.4 van de Doorlopende Reisverzekering nr. 3025 (hierna: de 'Voorwaarden') worden de geneeskundige kosten besproken en daaruit blijkt duidelijk dat alleen kosten tijdens de vakantie voor vergoeding in aanmerking komen, voor zover ze niet worden vergoed door de zorgverzekeraar. Bovendien zijn de kosten voor geneeskundige behandelingen in Nederland in datzelfde artikel expliciet uitgesloten van dekking.

3.6 Zelfs in het geval de kosten wel onder de dekking van de verzekering zouden vallen, heeft Consument geen recht op een vergoeding nu in artikel 1.14 van de Voorwaarden een na-u clausule is opgenomen. Dit houdt in dat wanneer een verzekerde ook nog een andere verzekering heeft die dekking biedt, de verzekerde een beroep moet doen op die andere verzekering. Verzekeraar vergoedt de kosten dan niet. In dit geval betekent dit dat Consument de kosten op zijn zorgverzekering dient te verhalen en niet op Verzekeraar.

#### 4. De beoordeling

4.1 De Commissie ziet zich voor de vraag gesteld of Verzekeraar dekking heeft mogen afwijzen en daarom niet gehouden is om €100,00 aan Consument te vergoeden.

4.2 Bij de beoordeling van deze vraag dient als uitgangspunt te worden genomen; de verzekeringsvoorwaarden. Daarin is vastgelegd wat partijen met elkaar hebben afgesproken. Het staat Verzekeraar vrij om de grenzen te bepalen waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen. Zie onder andere de uitspraak Hoge Raad 9 juni 2006, NJ 2006, 326.

4.3 In artikel 2.4 van de Voorwaarden is het volgende opgenomen:

*“Dekking Geneeskundige kosten*

*(...)*

*Doorlopende Reis Allrisk*

*Geneeskundige kosten zit standaard in de dekking van uw verzekering.*

*U bent alleen verzekerd voor medische kosten tijdens uw reis als u een zorgverzekering heeft in Nederland. U bent alleen verzekerd voor geneeskundige kosten die niet worden vergoed door de zorgverzekering in Nederland.*

*(...)*

*Die kosten heeft u moeten maken door een ziekte, ongeval of aandoening.*

*(...)*

*U bent in het buitenland verzekerd voor:*

	Doorlopende Reis Basis	Doorlopende Reis Allrisk
de noodzakelijke kosten voor bezoek aan de dokter en/of ziekenhuis na een onvoorziene gebeurtenis	✓	✓
de kosten voor krukken, een rolstoel en protheses door een ongeval tot maximaal	€ 150,-	€ 250,-
tandartskosten door een ongeval of tandartskosten bij spoedeisende hulp tot maximaal	€ 150,-	€ 250,-
medisch noodzakelijk vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, de noodzakelijke kosten voor een taxi, ambulance of een ambulancievliegtuig. Onze medisch adviseur bepaalt of het medisch noodzakelijk is om u te vervoeren. Dat doet hij in overleg met de behandelend arts in het buitenland	✓	✓

*Wat is niet verzekerd?*

*U bent niet verzekerd voor:*

*(...)*

- *De kosten van geneeskundige of tandheelkundige behandelingen in Nederland.”*

4.4 In de definities is nader gespecificeerd welke kosten vallen onder het begrip geneeskundig:

*“Met geneeskundige kosten bedoelen wij de kosten van:*

*(...)*

- *fysiotherapie;”*

4.5 Tussen partijen staat niet ter discussie dat de kosten in Nederland zijn gemaakt. Nu in artikel 2.4 van de Voorwaarden de kosten van geneeskundige behandelingen in Nederland expliciet van dekking zijn uitgesloten, komt de Commissie tot het oordeel dat de schade van dekking is uitgesloten en Verzekeraar niet is gehouden tot vergoeding van de kosten voor fysiotherapeutische behandelingen aan Consument.

4.6 Nu geen dekking onder de Verzekering bestaat voor de kosten van de fysiotherapeutische behandelingen, kunnen de overige door Consument aangevoerde argumenten niet leiden tot een andere conclusie. De Commissie laat deze argumenten dan ook onbesproken.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vordering af.

*Deze beslissing is genomen in een verkorte procedure als bedoeld in artikel 32 van het Reglement. De uitspraak heeft daarom de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.*

*U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.*