

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2001/46 Med

in de klacht nr. 068.00

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft bij verzekeraar op 2 juni 1999 voor zijn uit het buitenland afkomstige, aanstaande schoonmoeder (hierna verder te noemen 'verzekerde') een tijdelijke ziektekostenverzekering gesloten voor het tijdvak van 7 juni 1999 tot 7 juli 1999.

Artikel 3. van de verzekeringsvoorwaarden luidt, voorzover hier van belang: 'Uitsluitingen

Voor zover niet uitdrukkelijk anders is vermeld op het polisblad bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:

a. die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, waaraan verzekerde lijdt op of geleden heeft vóór de ingangsdatum van deze verzekering, ook wanneer verzekerde met het bestaan van die kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen niet bekend was op of vóór de ingangsdatum van deze verzekering; (...)'

De verzekerde heeft op 12 juni 1999 een huisarts geconsulteerd. Deze heeft haar medicijnen voorgeschreven. Op 13 juni 1999 is verzekerde opgenomen in een ziekenhuis en daar behandeld. De nota van het ziekenhuis bedraagt ongeveer f 14.000,-.

2001/46 Med

De klacht

Op het aanvraagformulier heeft klager bij de gezondheidsvragen aangekruist dat de verzekerde reuma heeft waarvoor zij in haar eigen land een arts heeft geraadpleegd, alsmede dat zij medicijnen gebruikt. De polis is zonder opmerkingen en/of nadere vragen op 9 juni 1999 opgemaakt. Op 18 juni 1999 zijn een nota van een huisartsconsult en een nota van een apotheek aan verzekeraar toegezonden. Klager ontving daarop een vragenformulier en een machtiging aan verzekeraar om informatie in te winnen bij de huisarts. Het formulier en de machtiging zijn aan de medisch adviseur van verzekeraar toegezonden. Nadien zijn nog twee nota's ter zake van bezoek aan de EHBO aan verzekeraar gezonden. Op 23 juli 1999 deelde verzekeraar klager mee dat er geen dekking is, aangezien er sprake is van bestaande klachten en/of kwalen. Klager acht het vreemd dat op basis van informatie van de huisarts over één visite op 12 juni 1999 – zes dagen na aankomst in Nederland – kan worden geconcludeerd dat de klachten van verzekerde over ontlasting en misselijkheid verband houden met reeds vóór de ingangsdatum van de verzekering bestaande klachten en/of kwalen. Na een lange vliegreis vanuit een tropisch land kunnen deze klachten zich voordoen bij een oudere vrouw van 62 met de spanning van een dochter die trouwt in een ver land met andere eetgewoonten. Van bestaande ziekten en kwalen anders dan vermeld op het aanvraagformulier is geen sprake. Klager heeft daarna rechtstreeks contact opgenomen met verzekeraar, omdat het ziekenhuis had aangedrongen op betaling van de nota's ten bedrage van circa f 14.000,-. Verzekeraar heeft daarop rechtstreeks, zonder de tussenpersoon te informeren, aan klager een aanvullende machtiging gezonden, welke spoedshalve door de dochter van verzekerde is ondertekend. Onder de druk van de omstandigheden is tevens vertrouwelijke medische informatie meegezonden die klager na ontslag van de verzekerde van het ziekenhuis heeft ontvangen. De medisch adviseur van verzekeraar heeft vervolgens om nadere informatie verzocht over de behandeling en de opname van de verzekerde, alsmede om inzage in de brieven van de behandelend specialist. Daarvoor was geen machtiging verstrekt. De behandelend specialist heeft daarop gereageerd; hij heeft echter op de vraag of de verzekerde al eerder bekend was of onder behandeling was voor deze klachten, geen antwoord gegeven. Bij brief van 23 september 1999 heeft verzekeraar bericht dat de medische behandeling verband hield met kwalen en/of klachten die reeds bestonden voor de ingangsdatum van de verzekering.

Klager is van mening dat verzekeraar over onrechtmatig verkregen informatie beschikt, die is verkregen op basis van een buiten de tussenpersoon om verzonden, niet rechtsgeldige machtiging van de dochter van verzekerde. Voorts beschikt verzekeraar over onrechtmatig verkregen informatie doordat klager hem abusievelijk vertrouwelijke medische informatie heeft verschaft, nadat hij door de mededeling van verzekeraar dat de hoge schadenota's eerst door klager c.q. verzekerde zelf moeten worden voldaan, in paniek is gebracht. De informatie waarover verzekeraar beschikt, rechtvaardigt niet de afwijzing van de schade. Verzekeraar geeft aan verzekerde niet het voordeel van de twijfel.

2001/46 Med

Verzekeraar wil ook niet de behandelingskosten vergoeden die verband houden met ziekte en kwalen, die verzekerde vóór de ingangsdatum van de verzekering niet kende en beroept zich daartoe op een als onredelijk ervaren polisuitsluiting die verzekeraar in zijn voordeel uitlegt. Verzekeraar schaadt de goede naam van het verzekeringsbedrijf door zich als professionele verzekeraar te profileren voor ziekterisico's voor personen tot 69 jaar, terwijl in feite slechts dekking bestaat voor ziekten, kwalen of gebreken die aantoonbaar niet vóór de ingangsdatum bestonden. Daardoor bestaat in feite bijna alleen dekking voor ongevallen, terwijl toch wordt gesproken van een ziektekostenverzekering.

Het standpunt van verzekeraar

De afwijzing van de vergoeding van de kosten van medische behandeling die verzekerde heeft ondergaan, is gebaseerd op de informatie die de medisch adviseur van verzekeraar heeft ontvangen van de behandelend internist, die heeft geconcludeerd dat het klachtenpatroon reeds bestond voor de ingangsdatum van de verzekering. Verzekerde is op 13 juni 1999 met spoed opgenomen in verband met een ernstige hypercalciëmie en hypertensie. De hypercalciëmie werd geweten aan een vitamine D-intoxicatie, wellicht ten gevolge van excessief gebruik van vitaminepreparaten. Tevens werd in een brief van 1 september 1999 van de behandelende internist gemeld dat verzekerde zich reeds een maand niet lekker voelde en enkele kilo's zou zijn afgevallen. Recent was in het eigen land van verzekerde (om de medisch adviseur niet duidelijke redenen) aanleiding gevonden om verzekerde tot tweemaal toe een infuus te geven.

De uitsluiting van vergoeding van kosten voor behandeling van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen waaraan verzekerden lijden of geleden hebben vóór de ingangsdatum van de verzekering, ook wanneer zij daarmee niet bekend zijn, is in 1997 in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen ten einde elk misverstand daarover te vermijden. Klager had van die uitsluiting bij het sluiten van de verzekering kennis kunnen nemen, omdat er in de toelichting op de achterzijde van het aanvraagformulier nadrukkelijk op wordt gewezen, terwijl hier natuurlijk ook een taak voor de assurantietussenpersoon is weggelegd.

Het commentaar van klager

Naar aanleiding van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd en nog het volgende aangevoerd. De hypercalciëmie die werd toegeschreven aan een mogelijke vitamine D-intoxicatie, kan ook veroorzaakt zijn door de overgang naar een ander klimaat en door een voedselvergiftiging als gevolg van andere eetgewoonten. Klager meent dat de conclusie van de medisch adviseur van verzekeraar is gebaseerd op veronderstellingen uit een selectie van informatie. Nu verzekerde op het aanvraagformulier melding heeft gemaakt van bepaalde feiten en deze geen aanleiding hebben gegeven tot opmerkingen van de zijde van verzekeraar, kan hij zich niet beroepen op uitsluitingen die in verband kunnen worden gebracht met die feiten. De uitsluitingsclausule die volgens verzekeraar elk misverstand moet vermijden, zou bij toetsing als onredelijk bezwarend voor de consument/verzekerde moeten worden aangemerkt.

2001/46 Med

Het overleg met verzekeraar

In het overleg met de Raad is met verzekeraar en diens medisch adviseur gesproken over de vraag wanneer een verhoogd calciumgehalte als 'kwaal' kan worden aangemerkt en wanneer het verhoogde calciumgehalte bij verzekerde is ontstaan. De medisch adviseur heeft medegedeeld dat de bij de verzekerde geconstateerde hypercalciëmie niet binnen korte tijd, bijvoorbeeld binnen een week, kan worden opgebouwd. Verzekeraar heeft nader onderzoek toegezegd.

De verdere gang van zaken

Klager heeft aan verzekeraar een schriftelijk stuk toegezonden, gedateerd 27 oktober 1999, afkomstig van een medicus, verbonden aan een universiteit in het land van verzekerde. Daarin wordt verklaard dat verzekerde sinds 1987 wordt behandeld voor reumatische artritis en bepaalde medicijnen gebruikt. In de verklaring is voorts het volgende vermeld: "She was well on June 1999. She was advised to eat her medicine. Her lab tests were normal on June 1999." De medisch adviseur van verzekeraar heeft zich vervolgens tot die medicus gewend met het verzoek hem nadere inlichtingen te verstrekken, op welk verzoek niet is gereageerd.

Verzekeraar heeft de hiervoor bedoelde informatie en de medische gegevens van de behandeling van verzekerde in Nederland voorgelegd aan een hoogleraar in de gastro-enterologie. In een door deze deskundige overgelegde en in nauw overleg met een collega hoogleraar in de nefrologie opgemaakte verklaring is gesteld dat eigenlijk niet anders kan worden geconcludeerd dan dat de complicatie waarvoor opname nodig was, in nauwe relatie stond tot de voorgeschreven calcium/vitamine D medicatie in verband met een langdurig bestaande en bij patiënte – de verzekerde - bekende chronische ziekte. Klager heeft na kennisneming hiervan nog aangevoerd dat met een mogelijk verband tussen de complicatie en een bestaande medicatie nog niet vaststaat dat de oorzaak van de complicatie vóór het aangaan van de verzekerings-overeenkomst bestond.

Het oordeel van de Raad

1. Klager heeft verzekeraar in de eerste plaats verweten dat hij zijn standpunt heeft gebaseerd op onrechtmatig verkregen bewijs. Verzekeraar heeft klager een aanvullende machtiging toegestuurd nadat klager, zoals hij stelt, zich rechtstreeks tot verzekeraar had gewend. De klacht dat de ingevolge deze machtiging verkregen gegevens onrechtmatig door verzekeraar zijn verkregen omdat de machtiging is ondertekend door iemand die daartoe niet bevoegd was, is al daarom ongegrond, omdat verzekeraar in redelijkheid heeft mogen aannemen dat de machtiging was ondertekend door iemand die daartoe wel bevoegd was. Voorzover de klacht inhoudt dat verzekeraar geen gebruik heeft mogen maken van de door klager gegeven informatie, omdat klager deze informatie heeft verschaft terwijl hij in paniek verkeerde, is zij eveneens ongegrond. Verzekeraar kan zich in redelijkheid op het standpunt stellen dat deze enkele omstandigheid de aldus verkregen informatie niet onrechtmatig verkregen doet zijn.

2001/46 Med

2. De onderhavige internationale ziektekostenverzekering is, naar blijkt uit de tekst van het polisblad en uit de door verzekeraar gegeven toelichting, bedoeld als een speciale verzekering voor inkomend toerisme, zoals familieleden die Nederland voor korte tijd willen bezoeken. Het standpunt van verzekeraar is verdedigbaar dat een dergelijke verzekering slechts de strekking heeft dekking te bieden tegen de kosten van medische zorg en verpleging wegens acute ziekten tijdens het verblijf in Nederland. Verdedigbaar is voorts het standpunt dat van de dekking zijn uitgesloten de kosten van medische zorg en verpleging met betrekking tot aandoeningen waaraan de verzekerde vóór zijn of haar aankomst in Nederland lijdt of heeft geleden of met betrekking tot de gevolgen ervan, zelfs indien de verzekerde niet (meer) weet dat hij of zij aan deze aandoening lijdt of heeft geleden. Eveneens verdedigbaar is het standpunt van verzekeraar dat een beding waarbij de dekking in de hiervoor bedoelde zin wordt beperkt, niet als onredelijk bezwarend kan worden aangemerkt.

3. Verzekerde is kort na aankomst in Nederland opgenomen in een ziekenhuis wegens een acute malaise, die zich uitte in onder andere misselijkheid en duizeligheid. Verzekerde leed aan een ernstige hypertensie en hypercalciëmie. Twee door de medisch adviseur van verzekeraar geconsulteerde hoogleraren zijn tot het oordeel gekomen dat de complicatie, waarvoor ziekenhuisopname nodig was, in nauwe relatie stond tot de calcium/vitamine D medicatie die verband hield met een langdurig bestaande en bij verzekerde bekende chronische ziekte. Verzekeraar heeft dat oordeel in redelijkheid kunnen overnemen.

4. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verdedigbaar is de weigering van verzekeraar om de kosten van ziekenhuisopname en medische behandeling te vergoeden. De goede naam van het verzekeringsbedrijf is daardoor niet geschaad, zodat de klacht ongegrond is.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 9 juli 2001 door Mr. F.H. J. Mijnsen, voorzitter, Mr. H.C. Bitter, Mr. B. Sluijters, Drs. D.F. Rijkels, arts, en Dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. C.A.M. Splinter, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnsen)

De Secretaris:

(Mr. C.A.M. Splinter)