



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 136
d.d. 25 mei 2011**

(mr B. Sluijters, voorzitter, prof. mr M.L. Hendrikse, en dr D.F. Rijkels, leden,
en mr S.N.W. Karreman, secretaris)

Samenvatting

Reisverzekering. Volgens de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden bestaat niet slechts aanspraak op vergoeding van in het buitenland gemaakte medische kosten als sprake is van een acute aandoening, maar op vergoeding van medische kosten die de verzekerde moet maken als gevolg van een ziekte of aandoening die optreedt of een ongeval dat plaatsvindt tijdens de dekkingsperiode van de verzekering. Het recht op vergoeding van tandartskosten is volgens de verzekeringsvoorwaarden beperkter. De Commissie doet in deze zaak uitspraak op basis van de op 22 april 2011 voorhanden stukken.

I. Procedure

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- de door partijen met de Ombudsman Financiële Dienstverlening gevoerde correspondentie;
- de brief van Consument van 11 mei 2009 met bijlagen, waaronder het ingevulde en ondertekende vragenformulier;
- het antwoord van Aangeslotene van 6 mei 2010;
- de repliek van Consument van 27 mei 2010;
- de dupliek van Aangeslotene van 15 juni 2010;
- de na 28 september 2010 door de Commissie met partijen gevoerde correspondentie.

De Commissie heeft vastgesteld dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening niet tot oplossing van het geschil heeft geleid.

De Commissie heeft voorts vastgesteld dat beide partijen het advies als bindend zullen aanvaarden.

De Commissie heeft partijen opgeroepen voor een mondelinge behandeling te Den Haag op dinsdag 28 september 2010. Partijen zijn echter, met voorafgaande kennisgeving daarvan, niet verschenen.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- Consument heeft bij Aangeslotene een reisverzekering, Combinatie B, afgesloten voor de periode van 1 juli t/m 18 september 2008. Volgens het bij de polis behorende dekkingsoverzicht zijn dokters- en ziekenhuiskosten tot de kostende prijs verzekerd, zijn tandartskosten als gevolg van een ongeval tot een bedrag van € 500,- verzekerd en tandartskosten bij overige spoedeisende hulp tot een bedrag van € 250,- verzekerd.

- Artikel I van de Rubriek 'Medische kosten' van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden bepaalt:

'De Maatschappij vergoedt de medische kosten die verzekerde moet maken als gevolg van een ziekte of aandoening die optreedt of een ongeval dat plaatsvindt tijdens de dekkingperiode van de verzekering tot ten hoogste het verzekerde bedrag dat op het dekkingsoverzicht staat vermeld onder de afgesloten verzekering. Onder medische kosten vallen uitsluitend:

. de honoraria van artsen en specialisten;

(...)

. de kosten van de door de arts voorgeschreven röntgenopnamen en radio-actieve bestralingen;

. de kosten van de door de arts voorgeschreven medicijnen, verbandmiddelen en massage;

(...)

Bovenstaande kosten worden uitsluitend vergoed, indien de arts, de specialist c.q. het ziekenhuis, erkend zijn door de bevoegde instanties.'

- Artikel I van de Rubriek 'Medische kosten' van de verzekeringsvoorwaarden bepaalt:

'(...) De Maatschappij vergoedt:

5.1. de tandartskosten ten gevolge van een ongeval dat plaatsvindt tijdens de dekkingperiode, als het natuurlijk gebit van verzekerde wordt beschadigd. (...)

5.2. de tandartskosten gemaakt tijdens de dekkingperiode bij overige spoedeisende hulp.'

- Consument heeft van Aangeslotene uitkering gevorderd van een bedrag van € 2.107,50 (1.310,- dokterskosten, € 500,- tandartskosten en € 297,50 apotheekkosten) wegens medische kosten die gedurende de verzekerde periode in Spanje gemaakt zouden zijn.

Aangeslotene heeft echter geweigerd om uitkering te verlenen.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

3 Geschil

3.1. Consument vordert: uitkering door Aangeslotene van het geclaimde bedrag van € 2.107,50.

3.2. Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen. Wegens herpes, faryngoamygdalitis, tendinitis en beschadiging van zijn natuurlijk gebit door een ongeval op 24 juli 2008 moest Consument in Spanje spoedeisende medische hulp inroepen. De nota's daarvan zijn duidelijk gespecificeerd.

3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd. Op het schadeangifteformulier heeft Consument vermeld dat hij op 3 juli 2008 een arts heeft geraadpleegd voor herpes, mondpijn en faryngoamygdalitis, en dat hij op 24 juli 2008 van een trap is gevallen, waarvoor hij eveneens onder behandeling is geweest. Bij een brief van 30 januari 2009 heeft hij een overzicht gevoegd van de ziekteklachten per periode en de behandeling die is uitgevoerd.

De medisch adviseur van Aangeslotene heeft geen argumenten gevonden die de stellingen van Consument (spoedeisende hulp was noodzakelijk en de nota's zijn duidelijk gespecificeerd) onderbouwen. De medische noodzaak van de behandelingen of de spoedeisendheid ervan kan niet uit de stukken worden afgeleid. Aangeslotene geeft hiervan voorbeelden:

- Op een nota van 3 juli 2008 (juist na aankomst in Spanje) staan zeven medicijnen genoteerd, waaronder een middel tegen een 'koortslip'(Commissie: herpes labialis). Niet blijkt eruit van een acute medische noodzaak tot behandeling van een ziekte die na vertrek is ontstaan of verergerd.
 - Van een nota van 5 september 2008 ad € 500,- is niet duidelijk waarop deze betrekking heeft.
 - Nota's ad € 600,- van mogelijk een arts wegens onder meer 20 fysiotherapeutische behandelingen voor een klacht aan de linkerarm, zonder dat duidelijk is waarom deze behandeling is ingesteld.
 - Nota's van mogelijk een arts wegens diverse onderzoeken van een armlklacht zonder dat duidelijk is dat deze kosten zijn gemaakt wegens een na aankomst in Spanje opgetreden of verergerde klacht of dat deze kosten redelijkerwijs gemaakt moesten worden.
- Zonder nieuw ingebrachte stukken (zoals de X-rays of welk objectief gegeven dan ook over de val of acuut ontstane aandoeningen in Spanje), kan Aangeslotene haar standpunt niet wijzigen.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

4. Het verdere verloop van de geschilbehandeling

4.1 De Commissie heeft Aangeslotene verzocht de claim nader te onderzoeken in het bijzonder doordat navraag wordt gedaan in Spanje. Zij heeft Aangeslotene erop gewezen dat artikel I van de Rubriek 'Medische kosten' van de verzekeringsvoorwaarden niet vereist dat sprake is van een acute aandoening en voorts dat het ter beoordeling van de claims van Consument, anders dan Aangeslotene heeft te kennen gegeven, onnodig lijkt dat deze het gehele medische dossier betreffende Consument opvraagt. In haar correspondentie met partijen heeft de Commissie hen uiteindelijk op 31 maart 2011 bericht op basis van de op 22 april 2011 voorhanden stukken uitspraak te zullen doen.

4.2 Aangeslotene heeft, na machtiging door Consument, bij de artsen in Spanje navraag gedaan. Van deze artsen heeft zij vervolgens medische informatie over Consument ontvangen. Aangeslotene heeft aangegeven meer informatie nodig te hebben om te kunnen beoordelen of de geclaimde kosten onder de dekking van de onderhavige verzekering vallen. Aangeslotene heeft die nadere informatie niet opgevraagd maar heeft in een brief van 14 april 2011 meegedeeld de uitspraak van de Commissie af te wachten.

5. Beoordeling

5.1 Anders dan Aangeslotene heeft aangevoerd, heeft Consument op grond van artikel I van de Rubriek 'Medische kosten' van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden niet slechts aanspraak op vergoeding van in het buitenland gemaakte medische kosten als sprake is van een acute aandoening, maar op vergoeding van medische kosten die hij moet maken als gevolg van een ziekte of aandoening die optreedt of een ongeval dat plaatsvindt tijdens de dekkingsperiode van de verzekering. Het recht op vergoeding van tandartskosten is beperkter, zoals hiervoor onder 2 vermeld.

5.2 Zoals vermeld in haar brief van 31 maart 2011 aan partijen doet de Commissie uitspraak op basis van de op 22 april 2011 voorhanden stukken. Die stukken zijn:

Medische kosten en fysiotherapie.

- nota van dr X van 22 juli 2008 voor 'Consult' en 'Controles' ad € 330,-. Deze nota geeft echter geen nadere informatie over klachten en diagnose.

-nota van dr X van 24 juli 2008 voor consult tendinitis li elleboog, honorarium, echografie, röntgen, in totaal € 290.

-nota dr X van 18 augustus 2008 voor controle en injecties li elleboog, € 90,-.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

- een aanvullende verklaring van 14 maart 2011 van dr X waaruit blijkt dat Consument op eerdergenoemde data wegens tendinitis li. elleboog, faryngoamygdalitis en herpes zoster (gordelroos) met spoed is behandeld.

Op basis van deze door dr X verschaft informatie, is de Commissie van oordeel dat voldoende aannemelijk is geworden dat Consument op 24 juli en 18 augustus 2008 wegens ziekte of aandoeningen is behandeld, zodat Aangeslotene tot vergoeding van de ermee gemoede kosten moet overgaan. Onvoldoende is echter komen vast te staan dat Consument op 22 juli 2008 door deze arts is behandeld en op welke klachten de behandeling betrekking had. Deze nota behoeft Aangeslotene daarom niet te vergoeden.

- een nota van 1 september 2008 ad € 250,- over fysiotherapie. De nota heeft geen briefhoofd en geen leesbare afzender. Aangeslotene behoeft een dergelijke nota niet te vergoeden.

- een nota van 16 september 2008 voor controles, X ray, echografie en fysiotherapie ad € 350,-. Ook deze nota heeft geen briefhoofd en geen leesbare afzender. Bovendien zouden bij Consument blijkens deze nota nogmaals röntgen, echo en fysiotherapie zijn toegepast. Daarvan kan na de voorgaande procedures en behandelingen niet worden vastgesteld dat zij als medisch noodzakelijk te duiden zijn. Aangeslotene behoeft deze nota niet te vergoeden.

Tandartskosten

- twee nota's van Y, beide van 5 september 2008. Een betreft een 'Consulta urgencia' ad € 500, en de ander een 'Tratamiento' ad € 500. Beide nota's geven geen enkel detail over klachten, diagnose, aard van de therapie.

Verder is er een verklaring van 3 maart 2011 van Y met als inhoud dat Consument daar op 7 juli 2008 met spoed wegens een periapicaal proces aan drie gebitselementen is geweest en op 10 juli 2008 wortelkanaalbehandelingen heeft ondergaan met cystectomieën, en dat de kosten € 500,- bedroegen. Omdat niet gebleken is dat de kosten van Y een gevolg waren van een behandeling wegens een ongeval of aan te merken zijn als overige spoedeisende hulp als bedoeld in artikel 5.2 van de Rubriek 'Medische kosten' behoeft Aangeslotene deze kosten niet te vergoeden.

Apotheekkosten

- de nota's van de apotheek van 3 en 7 juli 2008, die gerelateerd zijn aan een recept van 3 juli 2008 van dr X en diens nota van 22 juli 2008, behoeft Aangeslotene niet te vergoeden, nu blijkens het hiervoor vermelde voornoemde nota van 22 juli 2008 evenmin voor vergoeding in aanmerking komt. Bovendien is de nota van de apotheek van 7 juli 2008 onvoldoende gespecificeerd ('varios medicamentos').

- een tandartsrecept van 7 juli 2008 zonder diagnose of aard van behandeling én zonder bedrag. Aangeslotene behoeft hier geen vergoeding voor te geven.

- een nota van 4 september 2008 voor 'Gastos de medicamentos' ad € 118,58, vergezeld van een recept van mogelijk dr X, maar zonder briefhoofd en zonder herkenbare ondertekening. Aangeslotene behoeft deze nota niet te vergoeden.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

6. Beslissing

De Commissie beslist, als bindend advies, dat binnen een termijn van drie weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd Aangeslotene aan Consument datgene zal vergoeden waartoe zij volgens het hierboven onder 5.2 geoordeelde gehouden is. Daarnaast dient Aangeslotene aan Consument te vergoeden diens eigen bijdrage van € 50,- aan de behandeling van deze klacht. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak.