Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0083
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. R.A. Blom, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 14 augustus 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: AWP P&C S.A., h.o.d.n. Allianz Global Assistance, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 29 januari 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

De consument heeft na overleg met het reisbureau zijn vakantie geannuleerd omdat de reis naar een coronagebied vanwege de gezondheidssituatie van hem en zijn partner onverstandig was. De consument stelt dat hij heeft vertrouwd op de toezegging van het reisbureau, als gevolmachtigde van de verzekeraar, dat bij annulering van de reis een deel van de annuleringskosten door hen en een deel door de verzekeraar werd vergoed. De verzekeraar heeft de claim op de annuleringsverzekering afgewezen omdat geen sprake is van een gedekte gebeurtenis. De commissie oordeelt dat de reden van annulering niet is gedekt onder de voorwaarden en dat eventuele toezeggingen van het reisbureau niet aan verzekeraar kunnen worden tegengeworpen omdat het reisbureau geen gevolmachtigde van de verzekeraar is. De verzekeraar heeft de claim van de consument mogen afwijzen. De vordering wordt afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar Reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hierbij om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) de aanvullende stukken van de verzekeraar en 7) de aanvullende reactie van de consument.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft op 15 februari 2020 een reis geboekt naar de Canarische Eilanden voor hem en zijn partner. De oorspronkelijke vertrekdatum was 27 maart 2020.

2.2 Bij de boeking heeft de consument ook een reis- en annuleringsverzekering (hierna: de 'verzekering') bij de verzekeraar gesloten. Op deze verzekering zijn de voorwaarden 'Algemene voorwaarden' en 'Bijzondere voorwaarden annuleringsverzekering' (hierna: de 'voorwaarden') van toepassing.

2.3 Op 12 maart 2020 heeft de consument zijn reis geannuleerd en een beroep gedaan op zijn verzekering bij de verzekeraar.

2.4 Bij brief van 18 mei 2020 heeft de verzekeraar de consument als volgt bericht:

> ***Uw reactie***
> *In uw bericht geeft u aan dat u de reis op medische gronden heeft geannuleerd omdat de arts het risico te groot vindt.*
>
> ***Ons standpunt***
> *Wij kunnen u geen vergoeding geven voor uw annuleringskosten. Volgens de voorwaarden vergoeden wij de annuleringskosten indien er na het boeken van de reis een ernstige ziekte is opgetreden of indien er na het boeken van de reis onverwacht sprake is van een verergering van al bestaande klachten. Uit de door ons ontvangen informatie kunnen wij niet opmaken dat hiervan sprake is. Daarnaast valt het preventief annuleren van de reis niet onder de voorwaarden van de annuleringsverzekering. Het spijt mij dat ik u hierover niet positiever kan informeren.*

2.5 De consument heeft bezwaar gemaakt tegen dit standpunt en op 12 juni 2020 heeft de partner van de consument een medische machtiging ondertekend zodat de verzekeraar medische informatie bij de huisarts en de medisch specialisten kon opvragen. In dat kader heeft de medisch adviseur van de verzekeraar de huisarts per brief van 24 juli 2020 benaderd en gevraagd om aanvullende medische informatie en erop gewezen dat de huisarts op grond van de KNMG-richtlijn enkel feitelijke gegevens mag verstrekken en geen waardeoordeel mag geven en of dit leidt tot intrekking van de door de huisarts afgegeven medische verklaring. De huisarts heeft haar verklaring ingetrokken.

De klacht en vordering

2.6 De consument vordert vergoeding van de annuleringskosten door de verzekeraar. Ter onderbouwing van zijn vordering voert de consument het volgende aan.

2.7 De consument heeft een zwakke gezondheid en het reisbureau was hiervan op de hoogte. Na het verhaal van de neef van de consument over hoe hij op skireis besmet was geraakt met Covid-19 en als gevolg daarvan ernstig ziek was geworden, heeft de consument in goed overleg met het reisbureau, waar hij en zijn partner al jarenlang reizen boeken, de reis geannuleerd. Het reisbureau heeft namens de verzekeraar, in zijn rol als assuradeur, toegezegd dat zij een deel van de annuleringskosten zouden vergoeden en dat de verzekeraar het resterende bedrag zou vergoeden. Wel moest de consument dan een medische verklaring bij zijn huisarts opvragen. Dit heeft de consument gedaan en de huisarts bevestigde dat consument en zijn partner vanwege medische redenen niet mochten vliegen. De consument stelt recht te hebben op vergoeding van het resterende bedrag van de annuleringkosten omdat hij heeft vertrouwd op de uitlating van het reisbureau heeft vertrouwd en de reis heeft geannuleerd.

2.8 Bovendien vindt de consument dat de verzekeraar onfatsoenlijk heeft gehandeld. De verzekeraar heeft de huisarts van de consument bedreigd en onder deze druk heeft de huisarts haar verklaring ingetrokken. De verzekeraar heeft vervolgens – nu een medische verklaring ontbreekt – de claim afgewezen. Daarnaast was de verzekeraar niet gerechtigd om medische informatie op te vragen omdat noch de consument noch zijn partner hiervoor toestemming heeft gegeven.

Het verweer

2.9 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Rechtsvraag

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de verzekeraar dekking moet verlenen voor de geannuleerde reis van de consument. De commissie oordeelt dat dit niet het geval is en licht haar oordeel hieronder toe.

3.2 In de verzekeringsvoorwaarden is – voor zover relevant – de volgende bepaling opgenomen:

> ***Artikel 9. Verzekerde gebeurtenissen***
> *De Maatschappij verleent de in artikel 2 genoemde vergoeding, als de schade rechtstreeks en uitsluitend is veroorzaakt door de navolgende, tijdens de geldigheidsduur van de verzekering opgetreden onzekere gebeurtenissen:*
> *9.1. Als verzekerde is overleden, ernstig ziek is geworden of ernstig ongevalsletsel heeft opgelopen, mits dit uiterlijk binnen 24 uur na annulering medisch vastgesteld is door de behandelend arts/specialist.*

3.3 Uit het dossier volgt dat de consument geen medische verklaring heeft overgelegd binnen 24 uur na het annuleren waaruit volgt dat de consument of zijn partner ernstig ziek zijn geworden of ernstig ongeval letsel hebben opgelopen na het boeken van de reis. De verklaring die de huisarts had afgegeven, en die is opgevraagd met een door de partner van de consument ondertekende medische machtiging, is namelijk weer door haar ingetrokken. Bovendien is de door de consument opgegeven reden van annulering, te weten het verhoogd gezondheidsrisico vanwege de uitbraak van een ziekte op de plaats van bestemming, geen verzekerde gebeurtenis in de voorwaarden en dus hoeft de verzekeraar niet over te gaan tot het vergoeden van de annuleringskosten op grond van artikel 9 van de voorwaarden. De consument heeft ook niet aannemelijk gemaakt dat de reden van annulering valt onder een ander artikel uit de voorwaarden en dus onder de dekking van de verzekering. Er bestaat dus geen recht op dekking van de annuleringskosten omdat de reden van annulering geen verzekerde gebeurtenis is.

3.4 De stelling van de consument dat het reisbureau, als gevolmachtigde van de verzekeraar, namens de verzekeraar toezeggingen heeft gedaan om de annuleringskosten te vergoeden en de consument daarop heeft vertrouwd en de verzekeraar daarom de annuleringskosten moet vergoeden, volgt de commissie niet. De verzekeraar heeft gemotiveerd betwist dat er toezeggingen zijn gedaan. De verzekeraar heeft namelijk telefonisch contact gehad met het reisbureau dat heeft aangegeven consument te hebben geadviseerd om de reis niet te annuleren omdat de reisorganisatie dat hoogstwaarschijnlijk op korte termijn zou gaan doen en dat de consument dan alle kosten vergoed zou krijgen, terwijl als hij zelf annuleert het vrijwel zeker is dat de verzekeraar geen uitkering verstrekt. Daarnaast heeft de consument zijn stelling dat het reisbureau gevolmachtigde is van de verzekeraar en namens de verzekeraar toezeggingen heeft gedaan waaraan de verzekeraar is gehouden, niet onderbouwd.

Tuchtraad

3.5 In zijn klachtuiting heeft de consument naar voren gebracht dat de verzekeraar zijn huisarts onder druk heeft gezet om haar medische verklaring in te trekken en daarbij heeft gedreigd met een tuchtklacht.

3.6 Dit klachtonderdeel ziet op het handelen van de verzekeraar en beoordeling hiervan is tuchtrechtelijk van aard en hiervoor geldt dat de commissie niet bevoegd is een oordeel te geven. Dit is voorbehouden aan de Tuchtraad Financiële Dienstverlening (Assurantiën). De Voorzitter van de Geschillencommissie zal moeten beoordelen of er aanleiding is van deze klacht overeenkomstig het bepaalde in artikel 49 van het Reglement melding te doen aan de Tuchtraad. Partijen zullen daarvan bericht ontvangen. Op de stellingen en argumenten die door partijen op dit punt zijn aangevoerd behoeft de commissie daarom niet in te gaan.

Slotsom

3.7 De verzekeraar is niet tekortgeschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst door geen dekking te verlenen aan de consument voor het annuleren van de vakantie van hem en zijn partner.

4. De beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening wanneer wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het Reglement van de Commissie van Beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak, zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de Geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.