Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0868

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	2 september 2026
Klacht van	De consument
Tegen	AWP P&C S.A., h.o.d.n. Allianz Global Assistance Europe, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) de stukken van de verzekeraar; 4) het verweerschrift van de verzekeraar; 5) de aanvulling daarop; 6) de repliek van de consument en 7) de dupliek van de verzekeraar.

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 Gelet op overweging 3.1 die hierna volgt, doet de commissie uitspraak in de vorm van een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. De kern

De consument heeft via Revolut (een bank) een reis- en annuleringsverzekering bij de verzekeraar. Op 1 september 2023 heeft de consument een claim ingediend voor medische kosten die hij tijdens zijn vakantie in Thailand heeft gemaakt. Volgens zijn opgave was hij in december 2022 in Thailand ten val zijn gekomen waardoor hij zijn been had gebroken. De verzekeraar heeft de claim afgewezen, omdat sprake zou zijn van fraude. Volgens de consument heeft hij een geldige claim ingediend die volledig is gedocumenteerd waarvoor hij dekking onder de verzekering heeft. Hij vordert als hoofdvordering € 9.138,- vermeerderd met indexering en wettelijke rente vanaf 1 september 2023. De commissie oordeelt dat de verzekeraar heeft bewezen dat sprake is van fraude, omdat hij voldoende heeft aangetoond dat de documenten die de consument ter onderbouwing van zijn claim heeft ingediend niet authentiek zijn. Omdat sprake is van fraude vervalt het algehele recht op dekking. De klacht is ongegrond en de vorderingen wordt afgewezen.

3. De beoordeling

3.1 De commissie beoordeelt de klacht naar Nederlands recht, zoals is bepaald in vraag 15 onder 1 van het Reglement.[1] Partijen hebben verklaard hiermee in te stemmen. De consument woont in Finland en in de verzekeringsvoorwaarden staat dat Litouws recht van toepassing is. Het is mogelijk dat Finse of Litouwse consumentenwetgeving hem meer bescherming biedt dan het Nederlandse recht. Om die reden stelt de commissie de uitspraak niet-bindend vast.

De verzekeraar hoeft geen dekking te verlenen

3.2 De consument heeft drie facturen van het Phyathai 1 Ziekenhuis, verder te noemen de kliniek, overgelegd ter onderbouwing van zijn claim dat hij aldaar is opgenomen voor een behandeling aan zijn been. Deze facturen hebben de data 19 en 30 december 2022 en 13 januari 2023, verder respectievelijk te noemen factuur 1, factuur 2 en factuur 3, en vermelden allemaal de naam van de consument. Op factuur 1 staat dat sprake was van "*Outpatient Care*" en een laboratoriumonderzoek, en dat het totaalbedrag van 15,010.00 BAHT met creditcard is betaald. De factuur vermeldt geen diagnose. Op factuur 2 staat een totaalbedrag van 326,130.00 BAHT. Dit bedrag is cash betaald. Ook heeft er volgens factuur 2 behalve laboratoriumonderzoek, een operatie en "*Inpatient Care*" plaatsgevonden vanwege een gebroken been. Op factuur 3 staat vermeld "*Out-patient Medication*" en "*Outpatient Care*", wederom zonder diagnose en dat het totaalbedrag van 4,780.50 BAHT met creditcard is betaald en een bedrag van 0.50 BAHT cash. De verzekeraar heeft deze facturen bij de kliniek in Thailand geverifieerd. Een medewerker van de kliniek heeft in een e-mailbericht van 20 juni 2025 verklaard dat de consument de huid afdeling van de kliniek heeft bezocht op 19 december 2022, 13 januari en 14 februari 2023, en dat de facturen niet door de kliniek zijn uitgegeven. Op verzoek van de verzekeraar heeft een andere medewerker van de kliniek in een e-mailbericht van eveneens 20 juni 2025 herhaald dat de facturen niet authentiek zijn en gereageerd op een door de consument overgelegde ontslag-brief van de kliniek van 3 januari 2023. De ontslagbrief vermeldt dat de consument van 17 december 2022 tot 30 december 2022 is opgenomen vanwege een breuk in zijn rechterbeen en welke behandelingen en adviezen hij heeft gehad. In het e-mailbericht van 20 juni 2025 staat dat de consument alleen poliklinisch is behandeld op 19 december 2022 en op 13 januari 2023 en dat er geen dossier is waaruit volgt dat de consument is opgenomen.

3.3 Vanwege de hiervoor onder 3.2 genoemde e-mailberichten van de kliniek stelt de verzekeraar zich op het standpunt dat de consument valse documenten heeft overgelegd en dat niet is komen vaststaan dat hij zijn been heeft gebroken waarvoor hij is opgenomen in de kliniek. Ook zijn de bedragen op de facturen opgehoogd volgens de verzekeraar.

3.4 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar heeft bewezen dat sprake is van fraude, omdat hij met de onder 3.2 genoemde e-mailberichten van de kliniek heeft aangetoond dat de documenten die de consument ter onderbouwing van zijn claim heeft overgelegd vals zijn.

[1] Zie vraag 15.1 van Reglement Geschillencommissie Kifid, te vinden op www.kifid.nl.

Vanwege deze fraude mocht de verzekeraar de claim afwijzen, omdat het algehele recht op uitkering onder de verzekering is komen te vervallen op grond van de bepaling in de verzekeringsvoorwaarden over fraude en misleiding.[2] In de verzekeringsvoorwaarden staat namelijk dat het recht op dekking vervalt en geen betaling volgt als de verzekerde of iemand die namens hem handelt een oneerlijke claim indient, die met opzet is overdreven of op enige manier frauduleus is of als er enige valse of misleidende informatie wordt verstrekt om de claim te onderbouwen. Ook is het algehele recht op uitkering komen te vervallen op grond van de Nederlandse wet die qua strekking een vergelijkbare bepaling[3] kent als de verzekerings-voorwaarden. Beide bepalingen zijn in de bijlage bij deze uitspraak geciteerd.

3.5 Het argument van de consument dat de kliniek heeft bevestigd dat hij poliklinisch is behandeld, overtuigt niet. Dit geldt ook voor de bankafschriften die hij heeft overgelegd waaruit kan worden opgemaakt dat de consument factuur 1 en 3 heeft betaald en dat hij vóór de reis over € 10.000,- beschikte en dus voldoende middelen had om factuur 2 te betalen. Op basis hiervan kan niet worden vastgesteld wat ten grondslag ligt aan de claim van de consument, namelijk dat hij vanwege een beenbreuk is opgenomen in de kliniek en hiervoor onder andere 326,130.00 BAHT heeft betaald. Het tegendeel blijkt juist uit de onder 3.2 beschreven e-mailberichten van de kliniek. De verzekeraar mag in principe afgaan op die e-mailberichten, omdat die van een derde zijn die geen belang heeft bij de zaak. Dat een van de medewerkers mogelijk een verkeerde datum (14 februari 2023) heeft genoemd, omdat de consument toen niet in Bangkok was zoals hij stelt, maakt nog niet dat de overige informatie onbetrouwbaar is.

De commissie verwerpt de stelling van de consument die erop neerkomt dat niet duidelijk is of de verzekeraar wel de door de consument ingediende documenten heeft geverifieerd. De consument onderbouwt deze stelling op geen enkele wijze en de commissie ziet geen aanwijzingen dat de verzekeraar andere documenten dan de door de consument ingediende documenten aan de kliniek heeft voorgelegd.

De consument heeft niet onderbouwd dat de verzekeraar zijn privacy heeft geschonden

3.6 De consument stelt dat de verzekeraar zonder rechtsgrond of uitdrukkelijke toestemming zijn medische gegevens rechtstreeks bij de zorgverlener heeft verkregen en verwerkt. Volgens de consument roept dit ernstige vragen op in het licht van de geldende normen over gegevens-bescherming. Bij gebrek aan enige nadere onderbouwing komt de commissie tot het oordeel dat de consument zijn stelling onvoldoende heeft onderbouwd en gaat zij hieraan voorbij.

[2] Artikel 7 van het hoofdstuk over algemene voorwaarden.
[3] Artikel 7:941 lid 5 van het Burgerlijk Wetboek.

Niet valt in te zien waarom de verzekeraar de documentatie die hij van de consument heeft gehad ter onderbouwing van een claim waardoor mogelijk een uitkering verschuldigd is niet zou mogen verifiëren bij de kliniek die de betreffende documentatie volgens de eigen opgave van de consument heeft verstrekt.

Geen strijd met het consumentenrecht

3.7 Voor de beoordeling van de klacht is artikel 7 van het hoofdstuk over algemene voorwaarden van de verzekeringsvoorwaarden van belang. De commissie moet dit beding op eigen initiatief toetsen aan het Europees en Nederlands consumentenrecht en oordeelt dat het beding daarmee niet in strijd is.

Tot slot

3.8 Omdat sprake is van fraude kunnen de overige standpunten van de consument niet tot een ander oordeel leiden en blijven daarom onbesproken.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het reglement van de geschillencommissie te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

Revolut Metal-account
Voorwaarden voor begunstigden

Hoofdstuk: *Algemene voorwaarden*

De volgende voorwaarden zijn volledig van toepassing op deze voorwaarden voor begunstigden. Lees deze voorwaarden zorgvuldig door, aangezien wij u alleen een vergoeding kunnen uitkeren als u aan de vereisten voldoet.
(...)
We hebben het recht om:

7. De voordelen waarop u op grond van deze voorwaarden recht heeft, in te trekken en af te zien van enige uitbetaling aan u indien u, of iemand die namens u handelt:
a. een oneerlijke, opzettelijk overdreven of op enigerlei wijze frauduleuze claim indient; of
b. onjuiste of misleidende informatie verstrekt ter onderbouwing van een claim.
In dergelijke gevallen kunnen wij hiervan aangifte doen bij de politie.

Burgerlijk Wetboek
Boek 7:941

1. *Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.*

2. *De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.*

3. *Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.*

4. *De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.*

5. *Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.*