Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0588

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Datum uitspraak	10 juli 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Anker Insurance Company N.V., gevestigd te Groningen, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen de verzekeringsvoorwaarden

Samenvatting

International student health insurance. Uitleg voorwaarden. De consument heeft een beroep gedaan op zijn verzekering, nadat bij hem een kwaadaardige tumor was gevonden die operationeel verwijderd moest worden. De verzekeraar heeft de claim afgewezen en de ziekenhuisnota niet vergoed, omdat sprake was van planbare zorg. De commissie stelt de verzekeraar in het gelijk en wijst de vordering af.

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) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 27 mei 2024. De consument nam deel aan de hoorzitting, samen met de heer [naam 1] die als tolk optrad. Namens de verzekeraar namen deel de heer [naam 2], bedrijfsjurist, de heer [naam 3], schade-behandelaar en de heer [naam 3].

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 een International student health insurance Europe (verder te noemen ‘de verzekering’) bij de verzekeraar.

De verzekering biedt onder andere dekking voor medische kosten tot maximaal € 150.000,-. Op de verzekering zijn de General Insurance Conditions ISIE-GIC-042022 (verder te noemen 'de voorwaarden') van toepassing.

2.2 Op 18 mei 2023 heeft de consument een beroep gedaan op de verzekering nadat hij op 5 april 2023 bij de huisarts was geweest in verband met pijn in zijn nieren. De huisarts heeft de consument doorverwezen om een echo te laten maken. De resultaten daarvan waren aanleiding om ook een CT-scan te maken die op 16 mei 2023 heeft plaatsgevonden. Deze behandelingen zijn door de verzekeraar vergoed.

2.3 Na deze onderzoeken is de consument doorverwezen naar een uroloog die het op zijn beurt noodzakelijk vond een biopsie te laten uitvoeren. Ook deze behandeling is door de verzekeraar vergoed.

2.4 De onderzoeken hebben uiteindelijk uitgewezen dat de consument een kwaadaardige tumor had in zijn nier. Hierover is de consument op 14 augustus 2023 door de huisarts geïnformeerd.

2.5 Op 16 augustus 2023 heeft de consument een e-mail gestuurd naar de verzekeraar waarin hij kenbaar maakte dat uit de biopsie is gebleken dat de tumor kwaadaardig is en direct verwijderd moet worden. In deze e-mail vraagt de consument aan de verzekeraar of het mogelijk is dat de verzekeraar de rekening vooruitbetaalt aan het ziekenhuis.

2.6 In antwoord hierop heeft de verzekeraar de consument bij e-mail van 22 augustus 2023 doorverwezen naar de alarmcentrale.

2.7 Daarnaast heeft de consument via een online contactformulier op 17 augustus 2023 aan de schadeafdeling van de verzekeraar de vraag gesteld of de nota voor zijn behandeling vooruitbetaald kan worden aan het ziekenhuis.

2.8 Hierop is op 4 september 2023 door de verzekeraar geantwoord dat de schadeafdeling nooit rekeningen direct aan het ziekenhuis betaalt, maar dat de alarmcentrale dit mogelijk wel kan. Wederom werd de consument doorverwezen naar de alarmcentrale onder vermelding van het telefoonnummer en het e-mailadres van de alarmcentrale.

Daarnaast staat in de e-mail het volgende over de dekking van de verzekering:

> *'Your policy will cover **emergency** medical and hospital costs resulting from a **sudden** illness or an **accident** which occurs when you are travelling outside your country.*
>
> ***Assessment alarm centre***
>
> *Based on medical emergency*
>
> *Planned care is not insured*
>
> *Pre-existing condition excluded'*

2.9 Verder is in deze e-mail de tekst van artikel 2.5 uit de verzekeringsvoorwaarden geplakt met betrekking tot 'emergency cover', namelijk:

> *'All benefits stated in the present insurance conditions and in the benefits overview are covered in case of emergency and / or medical emergency. Planned medical treatments considered as non-emergency are not covered.'*

2.10 De volgende dag (5 september 2023) heeft de consument op dit bericht van de verzekeraar gereageerd door te vragen of hij het goed begrepen heeft dat de behandeling die hij moet ondergaan niet wordt vergoed en hij naar zijn land van herkomst moet reizen om daar behandeld te worden.

2.11 In antwoord op deze e-mail heeft de verzekeraar de consument nogmaals verwezen naar de alarmcentrale, omdat de alarmcentrale bevoegd is vooruit te betalen. Hierop heeft de verzekeraar wel het voorbehoud gemaakt dat de alarmcentrale eerst een eigen beoordeling zal maken voordat zij kan besluiten eventuele kosten voor te schieten.

2.12 Op 29 september 2023 is de consument geopereerd. De factuur bedraagt € 14.887,45. Deze kosten heeft de consument bij de verzekeraar gedeclareerd.

2.13 Door de behandelend medisch specialist van de consument is op 10 oktober 2023 een verklaring afgegeven. In deze verklaring schrijft de arts dat de NICE-richtlijnen voorschrijven dat tussen de verwijzing en de behandeling van een vermoedelijke kwaadaardigheid van een tumor aan de nier minder dan 60 dagen behoren te zitten.

2.14 De verzekeraar heeft de schadeclaim afgewezen, omdat geen recht op dekking bestaat als – kort gezegd – sprake is van planbare zorg.

2.15 Tussen de consument en de verzekeraar is vervolgens uitgebreid gecorrespondeerd over de vraag of de kosten van de operatie wel of niet door de verzekeraar vergoed moeten worden. Omdat partijen hierover van mening bleven verschillen, heeft de consument een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.16 De consument vordert dat de verzekeraar dekking verleent onder de verzekerings-overeenkomst en de nota van € 14.887,45 van het ziekenhuis vergoedt.

2.17 Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument – zakelijk weergegeven – het volgende aangevoerd.

2.18 De operatie dient vergoed te worden, omdat deze gelijkgesteld kan worden aan de andere behandelingen die de verzekeraar wel vergoed heeft. De operatie was urgent en niet planbaar. De tumor moest snel verwijderd worden. Dat heeft ook de behandelend arts verklaard.

2.19 Van 17 augustus 2023 tot 5 september 2023 heeft de consument meerdere keren contact gehad, dan wel gezocht, met de verzekeraar en zijn situatie uitgelegd. Hierop is door de verzekeraar c.q. de alarmcentrale nooit adequaat gereageerd. Het enige dat de verzekeraar heeft gedaan is de verzekeringsvoorwaarden aan de consument toesturen.

Het verweer

2.20 De verzekeraar heeft de volgende verweren – zakelijk weergegeven – gevoerd.

2.21 Alhoewel de ingreep die de consument moest ondergaan noodzakelijk was, was deze niet spoedeisend, waardoor geen recht op dekking bestaat op grond van artikel 2.5 van de voorwaarden.

2.22 Daarnaast heeft de consument niet voldaan aan de op hem rustende verplichting conform artikel 4.9 van de voorwaarden om eerst toestemming te vragen aan de alarmcentrale. Volgens de correspondentie is de consument meerdere keren naar de alarmcentrale verwezen om de operatie te bespreken. Hieraan heeft hij om onduidelijke redenen geen gehoor gegeven. Hierdoor is de alarmcentrale niet in staat geweest om te kunnen beoordelen of de operatie die de consument moest ondergaan medisch noodzakelijk en spoedeisend was en daarmee onder de dekking van de verzekering zou vallen. Daardoor is de verzekeraar in een redelijk belang geschaad. De verzekering heeft namelijk het karakter van een reisverzekering waarbij planbare zorg en bestaande medische aandoeningen zijn uitgesloten en er sprake moet zijn van spoedeisende zorg. De premie is hierop afgestemd. Wanneer de verzekeraar niet op voorhand kan beoordelen of een medische behandeling noodzakelijk en spoedeisend is, zal dat de schadelast fors verhogen en de betaalbaarheid van de verzekering daarmee onder druk zetten.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie moet een juridisch oordeel geven over de vraag of de consument recht heeft op een uitkering onder de verzekering. Daarbij gaat het om de vraag of de verzekeraar de schadeclaim van de consument heeft mogen afwijzen op grond van de voorwaarden.

3.2 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar dat inderdaad heeft mogen doen. Zij zal dat uitleggen.

De verzekeraar hoeft de kosten niet te vergoeden

3.3 De consument vindt dat hij op basis van de verzekeringsvoorwaarden recht heeft op vergoeding van de kosten die hij gemaakt heeft voor de operatie waarbij de tumor is verwijderd.

3.4 Het staat een verzekeraar in beginsel vrij om de grenzen te bepalen waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen.[1] Waar deze grenzen liggen, is neergelegd in de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden. Wel kan het zo zijn dat een beroep op een bepaling in de verzekeringsvoorwaarden door een verzekeraar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, indien zich bijzondere omstandigheden voordoen die dat oordeel rechtvaardigen (artikel 6:248 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW)). De bewijslast dat sprake is van bijzondere omstandigheden rust op de verzekeringnemer (hier: de consument).

3.5 In artikel 2.5 van de voorwaarden is bepaald wanneer schade is verzekerd. Schade is verzekerd als sprake is van een (medische) noodsituatie. Planbare medische behandelingen, niet zijnde een noodsituatie, vallen niet onder de dekking van de verzekering. Aldus artikel 2.5 van de voorwaarden.

3.6 De commissie stelt vast dat door de behandelend arts van de consument is verklaard dat tussen een verwijzing en behandeling van de vastgestelde kwaadaardige tumor niet meer dan 60 dagen dienen te verstrijken. Dit baseert de behandelend arts van de consument op de NICE-richtlijnen. Dit zijn Britse richtlijnen die voorzien in aanbevelingen voor de gezondheidszorg die ook door andere landen als vertrekpunt worden genomen. De commissie stelt vast dat tussen het moment waarop de consument bekend werd met de diagnose (14 augustus 2023) en de operatie (29 september 2023) 46 dagen zijn verstreken. Gelet op het voorgaande staat naar het oordeel van de commissie in voldoende mate vast dat geen sprake was van een medische noodsituatie.

[1] HR 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, rechtsoverweging 3.4.2, te vinden op www.rechtspraak.nl.

De tumor moest weliswaar binnen een termijn van 60 dagen verwijderd worden, maar dat levert geen noodsituatie op in de zin dat direct actie geboden was. De termijn van 60-dagen volgens de NICE-richtlijnen maakt juist duidelijk dat in een dergelijke situatie sprake is van planbare zorg. Aan de eis die in artikel 2.5 van de voorwaarden wordt gesteld is dus niet voldaan. Daarom heeft de consument geen recht op vergoeding van de ziekenhuisnota.

3.7 De consument heeft nog aangevoerd dat de andere behandelingen wel door de verzekeraar zijn vergoed. Voor zover de consument hiermee bedoelt dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat de verzekeraar in de gegeven omstandigheden een beroep doet op de artikelen 2.5 van de voorwaarden, oordeelt de commissie als volgt.

3.8 De onderzoeken en behandelingen die de verzekeraar heeft vergoed zien allemaal op het kunnen stellen van een diagnose. Dergelijke behandelingen zijn naar hun aard spoedeisend vanwege het belang snel te weten of een behandeling al dan niet noodzakelijk is. Dat is anders in het geval een diagnose eenmaal is gesteld en een behandelplan wordt opgesteld. Zoals ook blijkt uit randnummer 3.6 hoeft een behandeling naar zijn aard niet altijd urgent te zijn in de zin dat die niet planbaar zou zijn. Dat de operatie waarbij de tumor verwijderd zou worden voor de consument wel als spoedeisend/urgent werd ervaren, begrijpt de commissie goed. Dit maakt het juridisch oordeel echter niet anders. Het inroepen van artikel 2.5 van de voorwaarden door de verzekeraar is dan ook niet naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.

De hulpverlening door de verzekeraar

3.9 In de klacht van de consument leest de commissie ook dat hij niet te spreken is over de manier waarop de verzekeraar invulling heeft gegeven aan de hulpverlening.

3.10 Op grond van de overgelegde e-mailbestanden komt de commissie tot het oordeel dat de consument meerdere keren contact heeft gezocht met de verzekeraar om duidelijkheid te krijgen over vergoeding van de kosten van de operatie. Hierbij is hij telkens door de verzekeraar verwezen naar de alarmcentrale en heeft de verzekeraar onder verwijzing naar de voorwaarden duidelijk gemaakt dat het niet zonder meer een gegeven is dat de kosten gedekt zouden zijn. Waarom uiteindelijk geen contact met de alarmcentrale heeft plaats-gevonden, heeft de commissie aan de hand van de stukken in het dossier en ook na toelichting door de consument ter zitting niet vast kunnen stellen, zodat de commissie ook niet tot het oordeel kan komen dat de verzekeraar op dit vlak enig verwijt kan worden gemaakt.

Ambtshalve toetsing

3.11 De commissie heeft de bepalingen waarop de verzekeraar een beroep heeft gedaan getoetst aan het Europese consumentenrecht en is daarbij tot het oordeel gekomen dat er geen sprake is van – zoals dat juridisch heet – oneerlijke bepalingen. De uitkomst van deze toets maakt niet dat de consument toch recht heeft op uitkering.

Conclusie

3.12 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat niet is voldaan aan de dekkingsvoorwaarden van artikel 2.5 van de voorwaarden. De verzekeraar heeft daarom de claim mogen afwijzen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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 Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

General Insurance Conditions ISIE-GIC-042022

'(...)

2.5 Emergency cover

All benefits stated in the present insurance conditions and in the benefits overview are covered in case of emergency and / or medical emergency. Planned medical treatments considered as non-emergency are not covered.

(...).'