Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0434

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. I.C. van Gent, secretaris)

Datum uitspraak	7 mei 2026
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de algemene voorwaarden

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; en 3) het verweerschrift 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 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. De kern

De consument heeft na een ongeval van zijn vrouw tijdens een reis in Oostenrijk een beroep gedaan op hun doorlopende reisverzekering. Na contact met de alarmcentrale is besloten de reis niet voortijdig af te breken en op de geplande einddatum terug te reizen naar Nederland. De verzekeraar heeft de claim afgewezen, waartegen de consument klaagt. Hij stelt zorgvuldig te hebben gehandeld, dat geen medische beoordeling heeft kunnen plaatsvinden en dat door mededelingen van de alarmcentrale gerechtvaardigd vertrouwen is gewekt. Zij vorderen € 2.656,50. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de claim heeft mogen afwijzen nu niet is gebleken dat de alarmcentrale onjuist of onzorgvuldig heeft gehandeld. De vordering wordt afgewezen.

3. De beoordeling

De verzekeraar hoeft de geclaimde kosten niet te vergoeden

3.1 De consument stelt dat hij op basis van de voorwaarden recht heeft op vergoeding van de verblijfskosten, de kosten van door consument verleende verpleegkundige zorg en het restant van de kosten die niet door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

3.2 Bij de beoordeling dient als uitgangspunt te worden genomen wat in de voorwaarden staat. Daarin staat namelijk wat partijen met elkaar over de dekking hebben afgesproken. Daarbij geldt dat het de verzekeraar in beginsel vrijstaat om de grenzen te bepalen waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen.[1]

In artikel 3.1.3[2] van de voorwaarden staat aan welke vereisten moet zijn voldaan alvorens (extra) kosten worden vergoed door de verzekeraar. Een van die vereisten is dat vooraf toestemming is gevraagd voor het maken van kosten of hulpverlening aan de alarmcentrale. Van een dergelijke toestemming is in dit geval geen sprake. De consument heeft weliswaar op 23 juni 2025 contact gehad met de alarmcentrale, maar na overleg was de uitkomst dat er niet gerepatrieerd diende te worden, mede vanwege de achtergrond van de man als verpleegkundige. De commissie stelt daarnaast vast dat de consument ook geen extra verblijfskosten heeft gemaakt, omdat hij op de geplande datum is teruggereisd naar Nederland. Ten slotte blijkt uit het dossier dat de verzekeraar ten aanzien van de geneeskundige kosten per abuis een bedrag van € 24,20 aan de consument heeft uitgekeerd.

De consument heeft de medische noodzaak niet aangetoond

3.3 Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt niet dat is geadviseerd de reis voortijdig af te breken wegens de wond aan de onderarm van de vrouw. Nu een dergelijk medisch advies op grond van de voorwaarden[3] vereist is voor dekking, bestaat geen recht op vergoeding.

3.4 Ook los van de verpleegkundige achtergrond van de consument was geen sprake van een medische noodzaak tot repatriëring of voortijdige reisafbreking. De medisch adviseur acht het aannemelijk dat een leek met instructies van de arts de wondverzorging had kunnen uitvoeren en bij complicaties opnieuw medische hulp had kunnen inroepen. De consument weerspreekt dit standpunt ook niet, maar voert uitsluitend aan dat de zorg in dat geval extern georganiseerd had moeten worden. De commissie ziet dan ook geen aanleiding om aan te nemen dat, indien de consument geen verpleegkundige was geweest, er wél een medische noodzaak tot voortijdige reisafbreking zou zijn geweest.

De hulpverlening door de alarmcentrale

3.5 De commissie begrijpt uit de klacht dat de consument ontevreden is over de wijze waarop de alarmcentrale de hulpverlening heeft uitgevoerd. Van het telefoongesprek met de alarmcentrale is geen geluidsopname overgelegd, maar wel een aanvullende verklaring.

3.6 De consument stelt dat de alarmcentrale geen repatriëringsadvies heeft gegeven vanwege zijn achtergrond als verpleegkundige.

---

[1] HR 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, overweging 3.4.2, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[2] De relevante voorwaarde uit de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen in de bijlage.
[3] De relevante voorwaarde uit de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen in de bijlage.

Op grond van de voorwaarden is de beoordeling van de medische noodzaak tot repatriëring opgedragen aan (het medische team van) de alarmcentrale. De verzekeraar mocht in beginsel uitgaan van deze medische beoordeling.

3.7 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar voldoende heeft onderbouwd dat het medische team van de alarmcentrale, op basis van de beschikbare medische informatie en binnen zijn beoordelingsvrijheid, in redelijkheid heeft kunnen besluiten dat repatriëring niet medisch noodzakelijk was. Daarbij weegt mee dat uit de aanvullende verklaring van de alarmcentrale blijkt dat mevrouw zelf heeft aangegeven ter plaatse te willen blijven. Nu toestemming voor repatriëring ontbreekt en dit niet onjuist of naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, bestaat geen dekking voor de geclaimde kosten.

3.8 Uit de aanvullende verklaring van de alarmcentrale blijkt dat aan de consument is medegedeeld dat achteraf een claim kon worden ingediend, waarna deze door de verzekeraar zou worden beoordeeld aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden.

3.9 De commissie oordeelt dat niet is gebleken dat de alarmcentrale heeft toegezegd dat dekking zou worden verleend. De enkele mededeling dat een claim achteraf kon worden ingediend, kan geen gerechtvaardigd vertrouwen doen ontstaan dat dekking zou worden verleend. Van nakoming in dezen kan dan ook geen sprake zijn.

Ambtshalve toetsing

3.10 Voor de beoordeling van de klacht is artikel 3.1.3 van de voorwaarden opgenomen in de bijlage van belang. Dit beding is door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht dit beding niet in strijd met deze regelgeving.

Conclusie

3.11 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat niet is voldaan aan de dekkingsvoorwaarden van artikel 3.1.3. 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 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/ . 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/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/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 april 2024, 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 algemene voorwaarden

Voorwaarden verzekering Doorlopende reis VP DR 2024-01

3.1 Basisdekking

U bent verzekerd voor de schade die u lijdt tijdens uw reis veroorzaakt door de gebeurtenissen in de tabel hieronder. We noemen hier ook de uitsluitingen en beperkingen die van toepassing zijn. Daarnaast gelden de algemene uitsluitingen die genoemd worden in de Algemene voorwaarden. Dit betekent dat u onder andere niet verzekerd bent voor schade door atoomkernreacties en molest. En ook niet als u fraude pleegt, of een betalingsachterstand hebt. De volledige informatie over algemene uitsluitingen leest u in de Algemene voorwaarden.

Met schade bedoelen wij hier de (extra) kosten die u moet maken als gevolg van de verzekerde gebeurtenissen. Voor welke kosten u verzekerd bent staat in de tabel hieronder genoemd.

Let op:
Wij vergoeden deze kosten alleen:
- *als ze onvoorzien zijn, en*
- *als ze redelijk en noodzakelijk zijn, en*
- *als er vooraf toestemming is gevraagd voor het maken van kosten of voor hulpverlening aan de Alarmcentrale. Dat is de organisatie die de hulpverlening regelt.*

3. U wordt ernstig ziek of u raakt gewond door een ongeval	U bent verzekerd voor:
	- de noodzakelijke kosten van ziekenvervoer naar Nederland inclusief de noodzakelijke (medische) begeleiding;
	- de extra terugreis- en verblijfskosten van u en, als dat noodzakelijk is, van 1 meereizende persoon;
	- de reis- en verblijfskosten tijdens de terugreis van de meereizende verzekerden als u de bestuurder bent van het vervoermiddel waarmee wordt gereisd;
	- de reiskosten van de overige meereizende verzekerden of 1 reisgenoot voor het ziekenhuisbezoek aan verzekerde(n);
	- de reis- en verblijfskosten van 1 persoon voor noodzakelijke bijstand. Wij vergoeden dit:
	  - als u alleen reist, of
	  - als u verzorger of begeleider bent van kinderen jonger dan 16 jaar of van lichamelijk of geestelijk gehandicapten.
	  Deze persoon is dan tijdens reis en verblijf ook verzekerd op deze verzekering onder dezelfde voorwaarden als die voor u gelden.
	
	Staat op uw polisblad dat Zakelijke reis is verzekerd? Dan bent u verzekerd voor de reis- en verblijfskosten van een zakelijke vervanger, die uw werkzaamheden in het buitenland meteen voort moet zetten.
		Bent u ernstig ziek geworden of hebt u een ernstig ongeval gehad? Dan bepaalt de alarmcentrale samen met de behandeld arts in het buitenland of het medisch noodzakelijk is dat u terugkeert naar Nederland.
		
		Vindt het ziekenvervoer naar Nederland per ambulancevliegtuig plaats? Dan vergoeden wij de kosten alleen als daarmee uw leven wordt gered of invaliditeit wordt voorkomen of verminderd.
		
		Wij vergoeden de reis- en verblijfskosten bij uitval van u als bestuurder alleen als er in het reisgezelschap geen vervangen de bestuurder is.
		
		Wij vergoeden de reiskosten voor ziekenhuisbezoek aan verzekerde(n) tot maximaal € 250 per reis voor alle verzekerden samen.