Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening 2012-341 d.d. 17 december 2012
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter en mr. S.N.W. Karreman, secretaris)

Samenvatting

Reisverzekering. Aangeslotene heeft in het voorgelegde geval een redelijk belang erbij dat zij van de zorgverzekeraars van Consument nadere informatie krijgt ten aanzien van de geclaimde medische kosten. Gelet op art. 7:941 lid 4 BW en de betreffende polisbepalingen kan zij de verdere afhandeling van de claim van Consument opschorten tot na de ontvangst van de daartoe gevraagde medische machtiging door Consument.

Consument,

tegen

Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., gevestigd te Amsterdam, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende vragenformulier van 24 april 2012;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.
Tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid.
Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden
De Commissie heeft afgezien van mondelinge behandeling van het geschil met partijen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten
3.1 Consument heeft bij Aangeslotene een doorlopende reisverzekering afgesloten.

3.2 Volgens artikel 18 van de op deze verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden voorziet de verzekering in een vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke geneeskundige behandeling van de verzekerde.
3.3 In artikel 19 van de verzekeringsvoorwaarden is onder het kopje 'Uitsluitingen' bepaald:

> '(…) verzekert de maatschappij niet de kosten van geneeskundige behandeling:
> 1. waarvan bij het begin van de verzekering of de reis al vaststaat dat deze tijdens de reis nodig is;
> 2. in het land, waarvan de verzekerde de nationaliteit bezit of waar hij woont en die nodig is door ziekte of aandoeningen, die al vóór of op de ingangsdatum van de reis bestonden of klachten veroorzaakten;
> (…)'.

3.4 In artikel 8 van de verzekeringsvoorwaarden is onder het kopje 'Verplichtingen bij schade' bepaald:

> 'Bij schade, diefstal of verlies hebben u en de verzekerde de verplichting:
> (…)
> 4. de maatschappij in de gelegenheid te stellen de schade te onderzoeken. Voor het vaststellen van de schadevergoeding kan de maatschappij één of meer deskundigen (experts) inschakelen;
> (…)
> 6. op verzoek van de maatschappij binnen een redelijke termijn een schriftelijke en ondertekende verklaring over de oorzaak, de toedracht en omvang van de schade aan de maatschappij over te leggen en alle gevraagde bescheiden te verschaffen;
> (…)
> De maatschappij beslist over het recht op en de omvang van de uitkering op basis van de door u of de verzekerde verstrekte opgaven. Het is belangrijk dat u en de verzekerde deze verplichtingen uit de verzekering nakomen. Komen u of de verzekerde de verplichtingen niet na, dan zijn aan de verzekering geen rechten te ontlenen, indien de maatschappij daardoor in een redelijk belang is geschaad.'

3.5 Consument heeft tijdens zijn verblijf in X in de periode van 29 november 2010 tot 24 januari 2011, medische kosten gemaakt tot een bedrag van € 1.215,32. Zijn zorgverzekeraar heeft daarvan een bedrag van € 663,52 vergoed. Het resterende bedrag van € 551,80 heeft Consument op zijn doorlopende reisverzekering bij Aangeslotene geclaimd.

4. De vordering en grondslagen

4.1 Consument vordert dat Aangeslotene het geclaimde bedrag van € 551,80 vergoedt.
4.2 Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen.
De door Consument geclaimde medische kosten betreffen spoedeisende hulp, die niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Zijn zorgverzekeraar heeft alle daarop betrekking hebbende nota's gewaarmerkt. Aangeslotene heeft volgens Consument geen geldige argumenten om de gevraagde vergoeding te weigeren.
4.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.
- Consument heeft eerder op zijn reisverzekering medische kosten geclaimd die hij op 9 november 2009 en op 23 maart 2010 in X heeft gemaakt. Na ontvangst van de nieuwe claim van Consument heeft Aangeslotene een expert ingeschakeld. Naar aanleiding van de bevindingen van de expert en het schadeverleden van Consument heeft Aangeslotene Consument verzocht om een medische machtiging zodat zij bij twee zorgverzekeraars van Consument informatie kan opvragen omtrent eerdere uitkeringen voor behandeling (in het

buitenland). Daarmee wil Aangeslotene onderzoeken of de medische klachten van Consument reeds aanwezig waren voordat hij naar X vertrok. Bovendien vraagt het regelmatig terugkeren van dezelfde soort medische klachten bij de ingediende schadeclaims om nader onderzoek. Aangeslotene wijst in dit verband op artikel 19.1 en 19.2 van de verzekeringsvoorwaarden. Zij heeft thans onvoldoende informatie om te kunnen bepalen of de doorlopende reisverzekering van Consument dekking biedt voor de geclaimde kosten.
- Consument heeft tot op heden de gevraagde machtiging niet willen verstrekken. Op 24 november 2011 is hem meegedeeld wat de consequenties daarvan zijn met betrekking tot zijn claim, namelijk dat er op grond van de artikelen 8.4 en 8.6 van de verzekeringsvoorwaarden geen dekking is. Dit overigens onder voorbehoud van alle overige rechten en weren.
- Zodra Consument de gevraagde machtiging heeft ondertekend, zal Aangeslotene zijn claim verder in behandeling nemen.

5. Beoordeling

5.1 Aangeslotene heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat zij - mede gelet op de eerdere claims - een redelijk belang heeft van Consument nadere informatie te verkrijgen ter beantwoording van de vraag of de medische klachten van Consument al of niet vallen onder de uitsluiting van artikel 19 lid 1 en 2 van de verzekeringsvoorwaarden, en derhalve ook om te bepalen of de doorlopende reisverzekering van Consument in dit geval dekking biedt voor de geclaimde kosten. Zij heeft dan ook een redelijk belang erbij dat Consument haar de daartoe gevraagde medische machtiging verleent.
5.2 Onder deze omstandigheden heeft Aangeslotene terecht en op goede gronden het standpunt ingenomen dat Consument door te weigeren de gevraagde machtiging te verlenen, in strijd handelt met het bepaalde in de artikelen 8.4 en 8.6 juncto de laatste zin van artikel 8 van de verzekeringsvoorwaarden, en op die grond geen rechten aan de verzekering kan ontlenen omdat Aangeslotene daardoor in een redelijk belang wordt geschaad. De Commissie merkt hierbij op dat art. 7:941 lid 4 BW in een dergelijk geval het bedingen van het verval van het recht op uitkering toestaat.
5.3 Aangeslotene kan dan ook de verdere behandeling van de claim van Consument opschorten in afwachting van de van hem gevraagde medische machtiging.

6. Beslissing

De Commissie stelt bij bindend advies vast dat de vordering van Consument 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.