Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0296

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Datum uitspraak	4 april 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

Samenvatting

Studentenverzekering. De consument vordert van de verzekeraar vergoeding van ziektekosten en reis- en verblijfskosten van haar en haar ouders in verband met de opname in een specialistische kliniek in Duitsland. De verzekeraar heeft vergoeding geweigerd met een beroep op de uitsluiting in de verzekeringsvoorwaarden waarin is bepaald dat geen vergoeding wordt verleend als de medische kosten geheel of gedeeltelijk het doel waren van het verblijf in het buitenland. De consument heeft verklaard dat zij op advies van haar moeder die zelf arts is, een verwijzing door haar huisarts naar de specialistische kliniek in Duitsland heeft verzocht en gekregen omdat dit haar voorkeur had boven een conventionele behandeling in Nederland. De commissie volgt de verzekeraar in zijn verweer dat de consument zich in Nederland onder behandeling had kunnen laten stellen. Naar het oordeel van de commissie mocht de verzekeraar uitkering weigeren met een beroep op de uitsluiting. De commissie oordeelt verder dat de consument op de mededeling van de alarmcentrale dat zij achteraf de nota's kon inzenden, niet gerechtvaardigd mocht vertrouwen dat haar kosten zouden worden vergoed. De klacht van de consument is ongegrond, haar vordering wordt afgewezen.

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 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 9 augustus 2021 digitaal een internationale studentenverzekering genaamd "Masterplan" afgesloten bij de verzekeraar, geldig vanaf 20 augustus 2021 tot en met 1 juli 2022. De verzekeringspolis en de verzekeringsvoorwaarden zijn haar per brief van 10 augustus 2021 toegezonden. Op 7 juni 2022 heeft de consument een nieuwe verzekering aangevraagd bij de verzekeraar genaamd "Masterplan+". Deze biedt een uitgebreidere dekking dan alleen spoedeisende medische hulp. De verzekeringspolis en de verzekeringsvoorwaarden zijn haar per brief van 7 juni 2022 toegezonden. Op deze verzekering zijn de "General Conditions InsureToStudy 2020" en de "Extent of Cover" van toepassing, hierna te noemen de verzekeringsvoorwaarden.

2.2 De consument heeft op 14 juni 2022 de huisarts bezocht. Ongeveer 2 tot 3 maanden eerder had zij huid- en gewrichtsklachten gekregen. Zij heeft haar ouders daarover echter niet geïnformeerd omdat die haar anders direct hadden willen laten onderzoeken, wat volgens de consument voor een semester studievertraging zou hebben gezorgd. Na haar examens heeft de consument haar moeder geïnformeerd die zelf arts is, die haar direct naar de huisarts heeft gestuurd. Op advies van haar moeder heeft de consument besloten om te kiezen voor een behandeling bij een specialistische kliniek in Duitsland, waarmee haar moeder bekend was.

2.3 De huisarts heeft op 14 juni 2022 de volgende verwijzing geschreven voor de specialistische kliniek in Duitsland:

"*To whom it may concern,*

I would like to refer this patient because she may be having artritis psroriatica. I would like to ask the specialist (reumatologist) to do diagnostics and if needed start medicine (biologicals?)."

2.4 Op 20 juni 2022 is de consument met haar ouders vanuit Roemenië via Hongarije, waar zij hebben overnacht in een hotel, naar de specialistische kliniek in Duitsland gereisd.

2.5 Op 22 juni 2022 heeft de consument contact opgenomen met de alarmcentrale om te melden dat zij die dag een afspraak had in de specialistische kliniek in Duitsland. De alarmcentrale heeft haar laten weten dat zij na haar bezoek de facturen daarvan kon toezenden.

2.6 Van 22 juni tot en met 13 juli 2022 heeft de consument in de kliniek verbleven.

De consument heeft een bedrag van € 9.808,94 gedeclareerd bij de verzekeraar. Dit betreft de reiskosten, kosten van verblijf in hotels voor de consument en haar ouders, kosten opname ziekenhuis, laboratorium testen en medicatie.

2.7 De verzekeraar heeft de door de consument gedeclareerde kosten niet vergoed omdat er geen sprake was van een noodsituatie, de kliniek vooraf was uitgekozen als specifieke voorkeur en de verzekering de in het buitenland gemaakte kosten niet vergoedt als het verblijf geheel of gedeeltelijk was bedoeld voor medische doeleinden. De verzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn afwijzing ook aangevoerd dat de consument de opname in de specialistische kliniek niet direct heeft gemeld bij de alarmcentrale.

De klacht en vordering

2.8 De klacht van de consument is dat de verzekeraar de door haar gedeclareerde kosten niet vergoedt terwijl zij in overeenstemming met de verzekeringsvoorwaarden heeft gehandeld. Volgens de consument beoordeelde de huisarts haar situatie als spoedeisend en wilde hij haar zo spoedig mogelijk laten opnemen in het ziekenhuis. Na uitleg van haar bezwaren tegen een conventionele behandeling en haar voorkeur voor een alternatieve behandeling, gecombineerd met het feit dat zij een vliegticket had om op zeer korte termijn naar haar ouders in Roemenië te gaan, schreef de huisarts een verwijzing naar de door de consument genoemde specialistische kliniek in Duitsland. Volgens de consument heeft zij meerdere keren geprobeerd de alarmcentrale te bellen. Het lukte haar pas om die te bereiken op de dag dat zij naar de kliniek ging. Er is haar toen niet gezegd dat ze niet conform de verzekeringsvoorwaarden handelde, er is alleen gevraagd om de rekeningen op te sturen, wat zij gedaan heeft na ontslag uit de kliniek. De beslissing tot opname in de kliniek werd pas genomen na haar contact met de alarmcentrale. De alarmcentrale heeft na dit telefoongesprek geen contact meer met haar opgenomen om haar te informeren over de verdere procedure. Haar klachten zijn na het verblijf in de kliniek voor 85% verdwenen, dit onderstreept dat het een goede beslissing was om naar de kliniek in Duitsland te gaan. De consument vordert vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten tot een totaalbedrag van € 9.808,94.

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

Inleiding

3.1 De vraag die de commissie moet beantwoorden is of de verzekeraar de in verband met de door de consument bij de verzekeraar gedeclareerde kosten moet vergoeden.

3.2 De commissie zal eerst beoordelen of de verzekeraar zich kon beroepen op de uitsluiting in artikel 20.3.4 van de verzekeringsvoorwaarden. Daarna zal de commissie beoordelen of de consument op grond van haar gesprek met de alarmcentrale er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat de met de opname verband houdende kosten (geheel of gedeeltelijk) zouden worden vergoed.

Juridisch kader

3.3 De commissie gaat er bij de beoordeling van deze klacht vanuit dat de consument voorafgaand aan het sluiten van de verzekering kennis heeft kunnen nemen van de voorwaarden, omdat deze bij brief van 10 augustus 2021 aan haar zijn toegezonden door de verzekeraar. Op 7 juni 2022, de dag van de aanvraag van de onderhavige verzekering, de Masterplan+ verzekering, heeft de verzekeraar dezelfde voorwaarden (met de Extent of cover) nogmaals per brief toegestuurd. Beide brieven van de verzekeraar heeft de consument ter onderbouwing van haar klacht overgelegd en daarom gaat de commissie er verder vanuit dat de consument de verzekeringsvoorwaarden heeft ontvangen en dat deze haar aldus op de juiste wijze zijn verstrekt. Of de verzekeraar de door de consument geclaimde kosten moet vergoeden, moet daarom beantwoord worden aan de hand van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarin is vastgelegd wat partijen met elkaar hebben afgesproken. Partijen zijn daaraan in beginsel gebonden.

3.4 De verzekeraar die zich op een uitsluiting in de voorwaarden beroept, zal de feiten dienen te bewijzen die meebrengen dat hij niet tot het doen van een uitkering is gehouden.

Uitsluiting "purpose of journey"

3.5 De verzekeraar heeft zich beroepen op de navolgende uitsluiting[1]:

20.3 Exclusions Medical
In addition to the general exclusions of article 6, also no compensation will be awarded for the costs as referred to in this article.
(...)
20.3.4 Delay until return is possible, purpose of journey
Not insured are the costs for treatment that can be delayed in a medically responsible manner until the return to the home country. Also not insured are the costs incurred abroad, which exclusively or partly were the purpose of the stay abroad.

3.6 Het begrip 'Home Country" in artikel 20.3.4 is in artikel 2.8 als volgt gedefinieerd:

"***2.8 Home Country***
The country where the insured person resides and where the insured person will return to, in principle."

De consument is voor studie woonachtig in Nederland. De verzekeringspolis vermeldt het adres van de consument in Nederland. De polis en de verzekeringsvoorwaarden zijn naar dat adres gestuurd.

[1] Waar de verzekeraar in zijn verweer heeft verwezen naar artikel 20.3.3 gaat de commissie er vanuit dat dit een kennelijke verschrijving is, nu deze uitsluiting in de bij verweer meegezonden verzekeringsvoorwaarden General Conditions InsureToStudy 2020 is genummerd 20.3.4. Partijen hebben immers steeds over de inhoud van artikel 20.3.4 gediscussieerd en niet over artikel 20.3.3.

Bij de uitleg van artikel 20.3.4 gaat de commissie er daarom vanuit dat Nederland voor de consument haar 'Home Country' is, zoals is gedefinieerd in artikel 2.8 van de verzekerings-voorwaarden.

3.7 De commissie overweegt dat tussen partijen niet ter discussie staat dat de consument - op advies van haar moeder - van de huisarts een verwijzing naar de specialistische kliniek in Duitsland heeft verzocht en verkregen omdat een integratieve therapie haar voorkeur had boven een conventionele behandeling en het haar beter uitkwam met haar strakke tijdschema en de vliegtickets die zij al had, om daar heen te gaan. De commissie volgt de verzekeraar in zijn verweer dat de consument in een ziekenhuis in Nederland had kunnen worden behandeld door een reumatoloog en dat de keuze voor de kliniek in Duitsland niet medisch noodzakelijk was, maar gebaseerd op een persoonlijke voorkeur van de consument. Daaruit volgt dat de gemaakte medische kosten geheel of gedeeltelijk het doel waren van het verblijf in het buitenland, als genoemd in de tweede zin van artikel 20.3.4 van de verzekeringsvoorwaarden. De verzekeraar mocht daarom met een beroep op deze uitsluiting de vergoeding van de door de consument gedeclareerde ziektekosten en reis- en verblijfskosten weigeren.

Contact met de SOS alarmcentrale

3.8 Volgens de consument heeft de SOS alarmcentrale haar in het telefoongesprek van 22 juni 2022 medegedeeld dat zij achteraf de nota's kon toezenden. Daarmee is echter niet gezegd dat de nota's ook door de verzekeraar zouden worden vergoed. De consument kon daarom op de enkele mededeling van de alarmcentrale dat zij achteraf de nota's kon inzenden, niet gerechtvaardigd vertrouwen dat de kosten van haar ziekenhuisopname en de daarmee samenhangende reis-en verblijfskosten van haar en haar ouders door de verzekeraar zouden worden vergoed.

Ambtshalve toetsing

3.9 Voor de beoordeling van de klacht is artikel 20.3.4 van de verzekeringsvoorwaarden van belang. Dit beding is door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht het beding niet in strijd met deze regelgeving.

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 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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