

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-506
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse en
drs. A. Paulusma-de Waal M&G RGA, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 10 oktober 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen
Verzekeraar
Datum uitspraak : 15 augustus 2018
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

De Commissie ziet zich voor de vraag gesteld of Consument recht heeft op vergoeding van de door hem gemaakte (medische) kosten. Hierbij dient te worden beoordeeld of geneeskundige behandeling medisch noodzakelijk was. Op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering is het aan Verzekeraar die zich op een uitsluitingsclausule beroept, om ter onderbouwing hiervan voldoende feiten en omstandigheden aan te voeren en, bij voldoende gemotiveerde betwisting, te bewijzen. Verzekeraar heeft het medisch dossier van Consument door de medisch adviseur laten beoordelen. De medisch adviseur heeft geconcludeerd dat de kosten niet gemaakt zijn vanwege een medische noodzaak. Het is vervolgens aan Consument om de stelling van Verzekeraar gemotiveerd te betwisten. Dit houdt in dat Consument zijn stelling dient te onderbouwen door middel van bewijsstukken zoals bijvoorbeeld een contra-expertise. Consument heeft de door Verzekerde overgelegde informatie niet gemotiveerd weersproken. De vordering van Consument wordt afgewezen.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken en de daarbij behorende bijlagen:

- de klachtbrief van Consument;
- de aanvullende stukken van Consument met begeleidend e-mailbericht;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de aanvullende reactie van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat Consument geen keuze heeft gemaakt voor een bindend of niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1. Consument heeft een doorlopende reisverzekering met allrisk dekking gesloten bij Verzekeraar. De verzekeringsvoorwaarden, voor zover relevant voor de beoordeling van dit geschil, luiden:

“2.2. Dekking hulpverlening

Wat is verzekerd?

Doorlopende Reis Basis en Doorlopende Reis Allrisk

Om voor onderstaande vergoedingen van redelijke kosten in aanmerking te komen, moet u toestemming hebben van Aegon Schade Service.

Bij ziekte of een ongeval in het buitenland verzekeren wij de redelijke kosten van:

- *verblijf tot maximaal € 100,- per verzekerde per dag en € 200,- voor alle verzekerden samen voor maximaal tien dagen;*
- *vervoer in verband met ziekenhuisbezoek op basis van eigen- of openbaar vervoer. Vervoer met een taxi is niet verzekerd;*
- *vervoer van ziekenhuis naar ziekenhuis*
- *medische begeleiding;*
- *de repatriëring naar een verblijfplaats in Nederland per ambulance (vliegtuig), ziekenvervoer en/of openbaar vervoer.*

(...)

Wat is niet verzekerd?

U ben niet verzekerd voor:

- *hulpverlening en kosten gemaakt zonder toestemming van Aegon Schade Service;*
- *kosten gemaakt zonder medische noodzaak of voortkomend uit de uitoefening van een bedrijf of beroep, tijdens studie, stage of andere werkzaamheden;*
- *schade en kosten door gebeurtenissen die uitgesloten zijn volgens de Algemene Voorwaarden.”*

2.2. Consument heeft een vakantie naar [naam land] van 12 juni tot en met 1 juli 2017 geboekt. Consument heeft een appartement geboekt in [naam accommodatie] voor deze periode voor een bedrag van € 1500,00.

2.3. Op 12 juni 2017 is Consument opgenomen in een ziekenhuis in [stad I]. De arts heeft een anamnese opgesteld waaruit volgde dat Consument geopereerd moest worden. Consument is vervolgens op 20 juni 2017 in [stad I] geopereerd.

- 2.4. Op 20 juni 2017 heeft Consument Independer (hierna: ‘Tussenpersoon’) gemaïld om de schade te melden. Consument heeft een schadeformulier ingevuld en ondertekend aan Tussenpersoon toegestuurd. Consument heeft een ontvangstbevestiging van Tussenpersoon ontvangen waarin werd aangegeven dat beantwoording vanwege de drukte langer kon duren.
- 2.5. Op 1 juli 2017 is de echtgenote van Consument vanaf [stad 2] teruggevlogen naar [luchthaven X].
- 2.6. De dochter van Consument heeft vliegtickets gekocht om 4 juli 2017 naar [naam land] te vliegen, daar tot 11 juli 2017 te blijven om voor haar vader te zorgen en vervolgens naar Nederland terug te vliegen. De kosten voor de vliegtickets bedroegen € 145,98.
- 2.7. Op 17 juli 2017 heeft Consument nog twee e-mails verzonden aan Tussenpersoon met aanvullende informatie.
- 2.8. Bij brief van 20 juli 2017 heeft Verzekeraar aan Consument bericht dat de schade niet wordt vergoed:
- “U heeft geen contact opgenomen met Aegon Schade Service
U heeft extra kosten gemaakt in verband met de ziekenhuisopnamen van uw echtgenoot. Om voor de vergoeding van deze kosten in aanmerking te komen, moet u toestemming hebben van Aegon Schade Service. U heeft geen contact opgenomen met Aegon Schade Service, daarom valt dit niet onder de dekking van de verzekering.”*
- 2.9. Op 20 juli 2017 heeft de echtgenote van Consument aan Tussenpersoon bericht dat zij zich niet kan vinden in de afwijzing. Verzekeraar heeft Consument bericht dat hij uit coulance wil nagaan of hij voor Consument iets kan betekenen. Verzekeraar heeft het dossier op 13 september 2017 aan zijn medisch adviseur voorgelegd.
- 2.10. Op 15 september 2017 heeft de huisarts van Consument een brief opgesteld en daarbij meegedeeld dat Consument op medische indicatie acuut is geopereerd in [stad 1] in verband met acute progressie HNP lumbaal met uitval.
- 2.11. Op 17 augustus 2017 heeft de dochter van Consument een enkele vlucht geboekt naar [stad 2] om vervolgens samen met Consument terug te rijden naar Nederland.
- 2.12. Op 17 november 2017 heeft Verzekeraar om aanvullende informatie gevraagd voor het afhandelen van de claim.

2.13. Op 30 november 2017 heeft de dienst Neurochirurgie van [ziekenhuis X] naar aanleiding van de vraag van Consument, of bevestigd kan worden dat de doorgeknipte zenuw is te zien, een verslag opgesteld en aanvullende onderzoeken aanbevolen om dit te achterhalen.

2.14. Op 12 december 2017 heeft Verzekeraar Consument bericht dat op basis van de medische stukken ook geen aanleiding bestaat om tot vergoeding van de gemaakte kosten over te gaan:

“Het advies is opereren, maar dit is niet spoed, omdat de klachten hiervoor niet ernstig genoeg zijn. De normale gang van zaken is dat een verzekerde zich meldt bij de alarmcentrale met klachten. Hij/zij mag dan een arts bezoeken, of een specialist voor onderzoek. Deze kosten worden vergoed. Toestemming voor MRI wordt meestal niet gegeven. De operatie is planbaar bij terugkomst in Nederland.

(...)

Wij vergoeden kosten alleen als de operatie niet uit te stellen was tot na terugkeer in Nederland. Daarvan was hier geen sprake. Ook is voor dekking toestemming van de alarmcentrale vereist. Als u contact op had genomen met de alarmcentrale had u dit geweten en had u de operatie in Nederland uit kunnen laten voeren.”

2.15. Op 22 januari 2018 is Consument gezien door de neuroloog van [ziekenhuis Y]. Consument wilde een neurologische herbeoordeling. De arts heeft aangegeven niet te kunnen oordelen over de neurologische toestand ten tijde van de operatie op 20 juni 2017.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1. Consument vordert dat Verzekeraar dekking verleent voor de door hem gemaakte kosten.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2. Ter onderbouwing van zijn vordering voert Consument de volgende argumenten aan:

- Consument heeft de volgende schadeposten opgevoerd met een totaalbedrag van €12.545,44:

MRI scan	1200,00kn		160,00€
Operatie			8,500,00€
Boeking van vakantie			1,500,00€
Vlucht van mij vrouw	██████████		87,00€
Vlucht retour	██████████		145,98€
Vlucht enkele reis	██████████		87,00€
Hotel in	██████████	Tijdens operatie	1091,00kn 145,46,00€
Verblijf van 64 dagen		64 x 17€ overnachting	
<u>eten</u>		64 x 13€ eten per dag	

- Consument heeft een Verzekering gesloten via Tussenpersoon en deze handelt de schade af. Van bellen met het alarmnummer was geen sprake.
- Consument kreeg vlak voor [stad I] helse pijnen en is toen naar het ziekenhuis gebracht waar werd geoordeeld dat hij moest worden geopereerd. De behandelend artsen hebben aangegeven dat de operatie noodzakelijk was.
- Ook uit de verklaring van de behandelend arts in Nederland volgt dat Consument niet de juiste behandeling heeft ontvangen en de ingreep in [naam land] noodzakelijk was.

Verweer Verzekeraar

3.3. Verweer heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- De medisch adviseur heeft geoordeeld dat de door Consument gemaakte kosten voor de ingreep niet medisch noodzakelijk waren. De ingreep had in Nederland uitgevoerd kunnen worden.
- Daarnaast heeft Consument geen telefonisch contact via het alarmnummer van Verzekeraar opgenomen om te overleggen over de te maken kosten zodat Verzekeraar de klacht niet heeft kunnen onderzoeken of beoordelen. Het standpunt van Consument dat meermaals is gebeld naar het alarmnummer maar dat niet werd opgenomen is niet nader onderbouwd. Uit onze communicatielog volgt niet dat Consument, anders dan via Tussenpersoon, contact heeft gezocht met Verzekeraar.
- Tussenpersoon zorgde voor de schade-afhandeling en had dan contact moeten zoeken met het alarmnummer. Dat dit niet is gedaan komt voor rekening en risico van Tussenpersoon.
- In eerdere schadedossiers heeft Consument overigens direct contact gezocht met Verzekeraar.

- Verzekeraar stelt in zijn belangen te zijn geschaad door geen contact op te nemen omdat geen gelegenheid is geweest om te toetsten of de kosten voor extra verblijf verzekerd waren. Daarnaast was, bij het voorleggen van de medische klachten via het alarmnummer, niet ingestemd met vergoeding van de kosten van de medische ingreep.

4. Beoordeling

4.1. De Commissie ziet zich allereerst voor de vraag gesteld of Consument recht heeft op vergoeding van de door hem gemaakte kosten of dat hij geen recht op uitkering heeft omdat die kosten zijn gemaakt zonder dat hiervoor een medische noodzaak bestond. Als komt vast te staan dat de onderhavige dekkingsuitsluiting niet van toepassing is, moet de vraag worden beantwoord of Consument heeft verzuimd met de alarmcentrale contact op te nemen alvorens de operatie te ondergaan nu dit verzuim ook een dekkingsuitsluiting oplevert volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.

Kosten gemaakt vanwege medische noodzaak

4.2. Verzekeraar heeft een beroep gedaan op de dekkingsuitsluiting zoals opgenomen in artikel 2.2 van de Voorwaarden en gesteld dat de door Consument opgevoerde kosten zijn gemaakt zonder dat sprake was van een medische noodzaak. Op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering is het aan Verzekeraar die zich op een uitsluitingsclausule beroept, om ter onderbouwing hiervan voldoende feiten en omstandigheden aan te voeren en, bij voldoende gemotiveerde betwisting, te bewijzen. Verzekeraar heeft het medisch dossier van Consument door zijn medisch adviseur laten beoordelen. Deze medisch adviseur heeft geconcludeerd dat de kosten niet gemaakt zijn vanwege een medische noodzaak. De operatie was niet spoedeisend en had in Nederland uitgevoerd kunnen worden. Verzekeraar heeft hiermee voldoende concrete feiten en omstandigheden heeft verschaft ter onderbouwing van zijn beroep op de onderhavige uitsluitingsgrond.

4.3. Het is vervolgens aan Consument om de stelling van Verzekeraar gemotiveerd te betwisten. Dit houdt in dat Consument zijn stelling dient te onderbouwen door middel van bewijsstukken zoals bijvoorbeeld een contra-expertise. Consument heeft de door Verzekerde overgelegde informatie niet gemotiveerd weersproken. De enkele verklaring van Consument dat de ingreep wel degelijk medisch noodzakelijk is en dat dit ook volgt uit de door hem overgelegde stukken is niet afdoende omdat alle verklaringen van de behandelend artsen van Consument zijn. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst richtlijn 'Omgaan met medische gegevens' heeft als uitgangspunt dat behandelend artsen geen geneeskundige verklaringen dienen af te geven, tenzij het feiten betreft.

De behandelend arts is immers niet op de hoogte van de medische criteria waaraan de instantie die de verklaring nodig heeft, de verklaring toetst en is de kans groot dat de vertrouwensrelatie tussen de behandelend arts en de patiënt in gevaar komt. Bovendien is de medisch adviseur van Verzekeraar op basis van diezelfde stukken tot de conclusie gekomen dat geen sprake is van een ingreep met medische noodzaak. Het schrijven van [ziekenhuis Y] van 22 januari 2018 biedt ook geen nieuwe informatie die de conclusie van de medisch adviseur weerlegt.

- 4.4. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat Verzekeraar een beroep heeft mogen doen op de dekkinguitsluiting van artikel 2.2 Voorwaarden omdat de door Consument gemaakte kosten niet zijn gemaakt vanwege een medisch noodzakelijke ingreep. Consument heeft derhalve geen recht op vergoeding van zijn kosten onder de Verzekering.

Contact met het alarmnummer van Verzekeraar

- 4.5. Omdat Consument geen recht heeft op uitkering, komt de Commissie niet meer toe aan de vraag of Consument contact had moeten opnemen met de alarmcentrale alvorens hij de medische ingreep zou ondergaan om met Verzekeraar te overleggen of de medische ingreep en de daarmee samenhangende kosten onder de verzekering waren gedekt.

Slotsom

- 4.6. De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen op grond van de Voorwaarden en dat Verzekeraar een beroep heeft mogen doen op de dekkinguitsluiting van artikel 2.2. Verzekeraar is niet gehouden om de door Consument gemaakte kosten te vergoeden.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.