

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-534
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, drs. M. Keus, leden en
mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 6 juni 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Allianz Benelux N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 23 augustus 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Reis- en Annuleringsverzekering. Consument heeft op vakantie in [naam land] (pijn)klachten gekregen. Consument heeft de alarmcentrale van Verzekeraar bij herhaling om repatriëring gevraagd. De alarmcentrale heeft Consument telkens geïnformeerd dat op basis van de medische informatie geen toestemming voor repatriëren kon worden gegeven. Consument is op eigen kosten eerder naar Nederland teruggekeerd en heeft bij Verzekeraar zijn schade geclaimd. Verzekeraar heeft de claim afgewezen omdat van een medische noodzaak tot vervroegde terugkeer niet is gebleken. De Commissie heeft de vordering van Consument afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de aanvullende reactie van Consument.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 5 juni 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Per 5 september 2015 hebben Consument (geboren op [datum]) en zijn partner bij Verzekeraar een doorlopende Reis- en Annuleringsverzekering met onder andere dekking voor S.O.S. hulpverlening (verder: de Verzekering) gesloten.

De toepasselijk Doorlopende Reis-en Annuleringsverzekering Productvoorwaarden P-DRAVI 6 (verder: de Voorwaarden) bepalen - voor zover relevant – het volgende:

“1. SOS hulpverlening

Staat dit op het polisblad? Dan ben je hiervoor verzekerd.

Wij betalen noodzakelijke kosten voor hulpverlening. Je moet wel vooraf toestemming hebben van de alarmcentrale van Allianz Global Assistance. Hieronder zie je voor welke gebeurtenissen we de kosten vergoeden: De dekking geldt per verzekerde, tenzij het anders wordt vermeld. (...)

Verzekerd	Bij ziekte of een ongeval in het buitenland verzekeren wij de extra kosten van: - verblijf; - vervoer in verband met ziekenhuisbezoek; - een terugreis naar een verblijfplaats in Nederland per ambulance, taxi en/of openbaar vervoer. [...]
Eigen risico	Geen
Niet verzekerd	Hulpverlening en kosten gemaakt zonder toestemming van de alarmcentrale Kosten gemaakt door ziekte of ongeval zonder medische noodzaak. [...]
Begrippen	[...] Medische noodzaak: hiervan is sprake als een arts bepaalt dat een medische behandeling niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. [...]

- 2.2 Op 19 februari 2017 is Consument met zijn partner voor een reis van drie maanden naar [naam land] vertrokken.
- 2.3 Van 11 tot en met 14 maart 2017 is Consument vanwege buikpijn bij coprostase (obstipatie/verstopping van de darm) in [ziekenhuis 1] opgenomen. De ontslagbrief vermeldt voor zover relevant: “Klinisch beloop: Ongecompliceerd. De patiënt kon in goede algemene toestand het ziekenhuis verlaten.”
- 2.4 Per 20 maart 2017 is Consument vanwege acute urineretentie en obstipatie in [ziekenhuis 1] opgenomen. Consument is vervolgens op 23 maart 2017 uit het ziekenhuis ontslagen met het verzoek om binnen een week een poli-afspraken bij nefroloog dr. [naam nefroloog] te maken.
- 2.5 Het verslag van de arts van de Alarmcentrale vermeldt het volgende:

“Telefonisch contact geweest met de behandelend arts ter plekke op 30/3/17:
DMC Dr [naam nefroloog]: Patient was admitted for urine retention, was solved after one time CAD.

But now patient has a lot of pain which cannot be easily treated in [name country] because of lack of adequate painkillers (fe there is no fentanyl). Patient is know with chronic pain. Dr. [name nefroloog] thinks it is chronic neuropathic pain.

Telefonisch contact met de huisarts in NL:

DMC with GP in Netherlands, Dra [name doctor]:

She referred to same problem last year in SUR for which she was called by alarmcentre. Same medical situation, same assistance request (repatriation).

Dra [name doctor] mentions the previous medical history:

- gout and chronical pains body for which under ongoing treatment rheumatologist.*
- poly neuropathy due to D.M.*
- knee problems/pain*
- donor kidney*
- cardiac PHM*

Uses a lot of medication, also a lot of pain medication.

Sub is also prescribed Fentanyl plasters so the advice of the treating medical physician Dr [name medical physician] “start fentanyl but not available in AZP” is not an issue as subs should have taken this medication with him!

Sub very immobile as scootmobiel dependent in NL before departure.

Dra [name doctor] will fax the last letter from rheumatology and medication list to AGA.”

- 2.6 Op 8 april 2017 heeft Consument zich vanwege pijnklachten in de onderrug op de pijnpoli bij Stichting [ziekenhuis 2] gemeld. In de handgeschreven brief van anesthesioloog drs. [naam anesthesioloog] staat vermeld dat Consument in Nederland reeds bekend is bij de pijnpoli.
- 2.7 In verband met de ziekenhuisopname van Consument heeft zijn partner op 12 maart 2017 telefonisch contact met de alarmcentrale van Verzekeraar (hierna: Alarmcentrale) opgenomen. Vanaf die dag is veelvuldig contact geweest tussen de Alarmcentrale, Consument en zijn partner.
- Vanaf 23 maart 2017 hebben Consument en zijn partner meerdere keren om repatriëren verzocht. De Alarmcentrale heeft Consument en zijn partner telkens geïnformeerd dat op basis van de medische informatie geen toestemming voor repatriëren kon worden gegeven.
- 2.8 Consument en zijn partner zijn op [datum terugreis] op eigen kosten naar Nederland teruggekeerd.
- 2.9 Per brief van 24 april 2017 heeft Consument zich bij Verzekeraar beklagd over het afwijzen van het verzoek om repatriëring en de wijze waarop de Alarmcentrale heeft gecommuniceerd.

2.10 Per brief van 22 mei 2017 heeft Verzekeraar onder andere als volgt op de klacht gereageerd:

“De klachten waarmee u beide keren in het ziekenhuis bent opgenomen waren na het ontslag uit het ziekenhuis niet meer aanwezig. Hierdoor was er geen medische noodzaak om eerder naar Nederland terug te reizen. De reden waarom u naar huis wilde terugkeren had te maken met aanhoudende pijnklachten en beperkingen die hierbij horen. Uw verblijf kon niet worden ingevuld zoals u dat had gewild. De alarmcentrale beoordeelt de medische reden van uw verzoek door eerst te beoordelen of er onverwachte medische klachten zijn ontstaan en er wordt gekeken in hoeverre deze ter plaatse kunnen worden behandeld. Het medisch team van de alarmcentrale heeft geoordeeld dat er geen medische noodzaak was eerder dan de geplande terugkeerdatum naar Nederland terug te reizen. U kon met de pijnklachten die u had in [naam land] blijven en behandeld worden. [...]

*Op basis van uw Doorlopende Reis-en Annuleringsverzekering vergoeden wij de 6 dagen ziekenhuisopname, (6 / 91 x € 1.080,- = € 71,21 en uw telefoonkosten € 87,61), in totaal ontvangt u van ons **€ 158,82**. [...]*”

2.11 Consument heeft zich niet kunnen verenigen met het standpunt van Verzekeraar en een klacht bij Kifid ingediend. Na terugkeer in Nederland heeft een radioloog in het [ziekenhuis 3] een *ventrale inzakking van corpus Th12* vastgesteld en ook heeft een anesthesioloogpijnspecialist in het [ziekenhuis 3] bij Consument pijn bij een inzakkingsfractuur vermeld. Hiervoor heeft Consument pijnstilling gekregen en is hij op 29 mei 2017 door zijn huisarts naar een fysiotherapeut verwezen. Consument is vervolgens door een fysiotherapeut behandeld.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert vergoeding van kosten die zijn gemaakt voor telefoongesprekken met de Alarmcentrale, medicijnen, taxiriten naar artsen en het ziekenhuis en de terugreis naar Nederland.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument is gezond op vakantie naar [naam land] gegaan. De klachten die Consument in [naam land] heeft gekregen zijn ontstaan nadat hij een verkeerde beweging had gemaakt en daardoor niet meer kon staan of lopen. Hierdoor heeft hij (nieuwe) pijnklachten gekregen. Consument had alle medicatie voor de (pijn)klachten die hij voor de reis naar [naam land] had meegenomen.

- De artsen in [naam land] hebben aan Consument medegedeeld dat hij daar niet kon worden behandeld. Consument moest zo snel mogelijk naar Nederland. De pijnstilling die Consument in [naam land] kreeg hielp niet. De klachten van Consument hielden na zijn ontslag uit het ziekenhuis aan en duren nog altijd voort. Mede doordat de artsen in [naam land] een verkeerde diagnose hebben gesteld en hij daar niet de nodige medische behandeling heeft gekregen. Algemeen bekend is dat artsen in [naam land] meestal een verkeerde diagnose stellen. Consument is met toediening van morfine naar Nederland teruggevlogen. In Nederland is bij Consument botontkalking dan wel rugverzakking vastgesteld. Hij is bedlegerig en krijgt zorg en hulpverlening aan huis.
- De partner van Consument heeft de situatie keer op keer aan de Alarmcentrale moeten uitleggen. Consument en zijn partner hebben om hulp gesmeekt, zij waren wanhopig. De Alarmcentrale heeft niet de juiste vorm van hulpverlening verleend. Verzekeraar heeft zijn standpunt ingenomen zonder Consument in [naam land] te bezoeken.
- Na maanden van hulpverlening in Nederland gaat het nu beter met Consument. Consument heeft de juiste beslissing genomen door terug naar Nederland te vliegen. Als hij dat niet had gedaan was zijn partner door de stress overspannen geraakt en had ook zij hulp moeten krijgen. In Nederland heeft zijn partner bij de verzorging van Consument hulp van de thuiszorg gekregen.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

- 4.1 De Commissie ziet zich voor de vraag gesteld of Consument aanspraak op uitkering onder de verzekering kan maken. De Commissie zal die vraag beantwoorden op basis van de tussen partijen gesloten Verzekering en de op die verzekeringsovereenkomst van toepassing zijnde Voorwaarden. De toepasselijke Voorwaarden bepalen onder meer dat niet verzekerd is hulpverlening en kosten die gemaakt zijn zonder toestemming van de Alarmcentrale en dat sprake moet zijn van een medische noodzaak als kosten gemaakt zijn als gevolg van ziekte of ongeval.
- 4.2 De Commissie stelt vast dat Consument en zijn partner op eigen kosten vervroegd naar Nederland zijn teruggekeerd nadat hij en zijn partner daarvoor (meermaals) toestemming aan de Alarmcentrale hadden gevraagd maar geen toestemming hadden gekregen.
- 4.3 Dat Consument in [naam land] en daarna veel pijn heeft gehad staat niet ter discussie. Hieruit blijkt echter nog geen medische noodzaak.

Op grond van het medisch dossier is de Commissie van oordeel dat geen sprake is geweest van een medische noodzaak tot eerdere terugkeer. De Commissie overweegt hierover als volgt. Consument was op 23 maart 2017 voor de tweede keer uit het ziekenhuis ontslagen. Uit het medisch dossier is niet komen vast te staan dat sprake was van een noodzaak tot heropname.

Op 30 maart 2017 heeft de behandelend arts in [naam land] aan de arts van de Alarmcentrale medegedeeld dat de klachten waarvoor Consument in het ziekenhuis was opgenomen waren opgelost maar dat hij vanwege zijn pijnklachten en het gebrek aan adequate pijnstilling (fentanyl) ter plaatse niet gemakkelijk in [naam land] kon worden behandeld. Op basis van die mededeling is niet vast komen te staan dat sprake was van een medische noodzaak omdat Consument volgens zijn huisarts reeds voordat hij naar [naam land] was afgereisd fentanyl pleisters voorgeschreven had gekregen. Op grond hiervan moet worden aangenomen dat Consument in [naam land] over fentanyl beschikte. Bovendien was pijnmedicatie in de vorm van morfine in [naam land] aanwezig. Consument is immers ook met toediening van morfine naar Nederland teruggekeerd.

Na terugkeer in Nederland is bij Consument een ingezakte borstwervel vastgesteld. Hiervoor heeft Consument pijnstilling gekregen en is hij door een fysiotherapeut behandeld. Een behandeling waaruit geen medische noodzaak blijkt en die Consument ook in [naam land] had kunnen krijgen.

Niet gebleken is dat de artsen die Consument in [naam land] hebben behandeld daarbij een verkeerde diagnose hebben gesteld. Maar ook in dat geval was op basis van de klachten van Consument geen sprake van een medische noodzaak tot terugkeer. Die medische noodzaak is immers ook in Nederland niet gebleken.

4.4 Niet ter discussie staat dat Consument vanwege zijn klachten zorg nodig had maar daaruit volgt nog geen verplichting voor Verzekeraar de kosten die Consument in verband met zijn klachten heeft gemaakt te vergoeden. Zorgbehoevend zijn maakt nog niet dat sprake is van een medische noodzaak. De medische noodzaak blijkt ook niet uit de omstandigheid dat Consument op 21 april 2017 - een maand nadat hij voor de tweede keer uit het ziekenhuis was ontslagen - naar Nederland is teruggekeerd. Uit die omstandigheid blijkt immers dat kon worden gewacht met de behandeling. Hoe begrijpelijk het ook is dat Consument en zijn partner in de gegeven omstandigheden liever naar Nederland terugkeerden, de Verzekering biedt geen dekking voor kosten als geen sprake is van een medische noodzaak. Ook niet in het geval Consument en zijn partner wanhopig waren. Dat de Alarmcentrale aan Consument en zijn partner bij herhaling geen toestemming voor terugkeer naar Nederland heeft gegeven is dan ook niet onjuist gebleken.

4.5 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.

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.