

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-718
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, drs. A. Paulusma-de Waal, leden
en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 4 december 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., gevestigd te Den Haag,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 21 november 2018
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Ongevallenverzekering. De dochter van Consument is gestoken door een met een virus besmette mug en heeft daardoor een hersenbeschadiging opgelopen. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat geen sprake is van een ongeval in de zin van de verzekering. Consument heeft dit standpunt betwist. Daar Consument een vaststellingsovereenkomst heeft getekend waarmee hij tegen ontvangst van de som van € 5.000,- volledige kwijting heeft verleend voor alle bestaande en toekomstige aanspraken is de Commissie niet toegekomen aan de vraag of de ongevallenverzekering dekking biedt voor de gevolgen van de muggenbeet.

I. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument nagezonden aanvullende stukken;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- het e-mailbericht van Consument waarin hij zijn buitengerechtelijke kosten vordert;
- de pleitnota van Consument.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 september 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft bij Verzekeraar sinds 2012 een verzekering Gezinspakket lopen met polisnummer POL[nummer]. De verzekering is afgesloten door tussenkomst van Consument in zijn hoedanigheid van tussenpersoon, werkzaam bij [naam assurantie-kantoor]. De rubriek Doorlopende Reisverzekering biedt dekking voor: “doorlopende reis en annulering (werelddekking) inclusief geneeskundige kosten, ongevallen en wintersport.” De gezinsongevallenverzekering biedt dekking bij overlijden en blijvende invaliditeit (voor kinderen maximaal € 50.000,-). Een eigen risico is niet van toepassing.
- 2.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (hierna: de Voorwaarden) bepalen voor zover relevant:

Rubriek Doorlopende Reisverzekering

(...)

2.3 Ongevallen

Gedekt is een verzekerde overkomen ongeval met als gevolg zijn overlijden of blijvende invaliditeit. De verzekering geschiedt op de voorwaarden zoals weergegeven onder de rubriek Gezinsongevallen elders in deze voorwaarden. De aldaar weergegeven bepalingen worden beschouwd deel uit te maken van deze verzekering.

(...)

Rubriek gezinsongevallen

(...)

1.2 Ongeval

Onder ongeval wordt verstaan een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht, waarvan aard en plaats medisch zijn vast te stellen. Met een ongeval wordt gelijk gesteld:

(...)

1.2.1 besmetting door ziekteverwekkers als rechtstreeks gevolg van een onvrijwillige val in water of in enige andere stof, dan wel het zich daarin begeven ter redding van mens of dier;

(...)

1.2.3 het ongewild binnenkrijgen van stoffen of voorwerpen met uitzondering van ziekteverwekkers;

(...)

2.2 Uitkering bij blijvende invaliditeit (B)

Ingeval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt de uitkering vastgesteld, zodra de mate van blijvende invaliditeit medisch kan worden bepaald, doch uiterlijk twee jaar na het ongeval.

- 2.3 De dochter van Consument, [naam dochter], is op 29 juli 2015 in Indonesië gestoken door een met een virus besmette mug. Onderzoek heeft uitgewezen dat [naam dochter] getroffen is door de Japanse Encefalitis. [Naam dochter] heeft drie weken in een ziekenhuis te Singapore in coma gelegen. Na zeven weken is zij gerepatrieerd naar Nederland. Verzekeraar heeft op grond van de reisverzekering alle (medische) kosten vergoed tot de maximale dekking en daarnaast € 24.000,- aan extra kosten vergoed die buiten de dekking van de reisverzekering vallen, waaronder overkomst en verblijfskosten van meerdere familieleden.
- 2.4 Consument heeft een claim ingediend voor blijvende invaliditeit op de rubrieken Doorlopende Reisverzekering en gezinsongevallenverzekering van de Gezinspakketverzekering.
- 2.5 De medisch adviseur van Verzekeraar heeft op grond van de stukken de diagnose “virale hersenontsteking met mogelijke restverschijnselen” genoteerd en “cognitieve/gedragsveranderingen en motorische uitvalsverschijnselen.” Hij hield rekening met een zeker percentage blijvende invaliditeit van waarschijnlijk niet meer dan 10% van de gehele persoon. Hij adviseerde een neurologische expertise, eventueel aangevuld met neuropsychologisch onderzoek. Consument wenste zijn dochter echter niet aan een medische expertise te onderwerpen. Dit zou voor haar te belastend zijn.
- 2.6 Tussen Consument en Verzekeraar is een discussie ontstaan over de vraag of in dit geval dekking bestaat en, zo ja, of en in welke mate sprake is van blijvende invaliditeit. Op 16 juni 2017 heeft Verzekeraar aan Consument onder meer geschreven:

“Geen dekking

Na mijn contact met onze afdeling Legal heb ik begrepen dat de gebeurtenis an sich uitgesloten is van dekking. Uit coulance is besloten de claim alsnog in behandeling te nemen. (...) Aangezien er geen rechtstreeks en direct letsel is ontstaan aan de arm is er geen grond om een coulance uitkering te doen op grond van artikel 2.2.

Voorstel

U heeft aangegeven er de voorkeur aan te geven uw dochter niet te onderwerpen aan een nieuw onderzoek. (...) Desondanks zijn wij eenmalig bereid om uw dochter ter finale kwijting een coulancevergoeding van € 5.000,- aan te bieden.

Indien u hier geen gebruik van wenst te maken komt dit bedrag definitief te vervallen en zal een nieuw onderzoek plaatsvinden door een onafhankelijk arts. Op basis van de uitkomst van het onderzoek wordt bekeken welk bedrag uit coulance zal worden betaald. Wij hebben afgesproken dat u mij over een aantal weken op de hoogte brengt van uw besluit zodat wij kunnen overgaan tot een coulancebetaling of een onderzoek. In de tussentijd kunt u voor vragen altijd contact met mij opnemen.”

- 2.7 Nadien is tussen Consument en Verzekeraar gecorrespondeerd over de hoogte van de coulancevergoeding, de vraag of deze geldt voor beide rubrieken en de vraag of al dan niet dekking bestaat, waarbij Verzekeraar zijn aanbod en standpunt heeft gehandhaafd. Op 11 juli 2017 schrijft Verzekeraar aan Consument:

“De inhoudelijke discussie is de afgelopen periode uitgebreid gevoerd. Wij hebben ons standpunt duidelijk uiteen gezet en zien geen reden deze opnieuw te voeren. Het staat u vrij om ons coulanceaanbod officieel af te wijzen zodat wij de volgende fase in kunnen gaan, het medisch onderzoek naar de BI van uw dochter. Als u uw dochter niet aan een onderzoek wilt onderwerpen, zoals wordt verplicht in artikel 4.3, zal de claim ook worden afgewezen op het niet meewerken aan deze verplichting. Het staat u vrij het dossier daarna voor te leggen aan Kifid of de daartoe bevoegde rechter. Wij zullen in die procedure ons afwijzende standpunt handhaven en geen coulancevergoeding meer verstrekken. Het coulance bod komt aanstaande vrijdag [14 juli 2017] om 12.00 uur definitief te vervallen. Ik verzoek u vriendelijk om mij voor die tijd uw keuze kenbaar te maken.”

- 2.8 Consument heeft op 2 augustus 2017 een ‘kwitantie’ ondertekend met de volgende tekst: *“Ondergetekende [naam Consument] wonende [adres Consument], verklaart de aanwijzing als begunstigde van een coulance-uitkering te aanvaarden en verleent tegen ontvangst van de som van € 5.000,- zegge vijfduizend euro volledige kwijting voor alle bestaande en toekomstige aanspraken op grond van alle verzekeringen onder polisnummer POL[nummer] terzake het voorval van 29 juli 2015. Bovengenoemd bedrag kan worden overgemaakt op IBAN-nummer: (...).”*

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dekking onder de verzekering. Hij wenst uitkering onder de verzekering op basis van een percentage blijvende invaliditeit van 20%, te vermeerderen met de door hem gemaakte kosten, waaronder de kosten van een ingewonnen second opinion, de wettelijke rente en de buitengerechtelijke kosten.

Grondslagen en argumenten daarvoor

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

- Verzekeraar heeft ten onrechte dekking afgewezen. Bij [naam dochter] is de schadeveroorzakende gebeurtenis het ongeval. De beet van een mug is een ongeval. Zonder dit ongeval, zonder de muggenbeet, zou [naam dochter] geen hersenbeschadiging hebben opgelopen. De neuroloog heeft dit desgevraagd bevestigd.
- Verzekeraar heeft steeds nieuwe afwijsgonden opgevoerd. Dit is alleen geoorloofd als in de eerste afwijsbrieven alle rechten en wettelijke bepalingen worden voorbehouden.
- Verzekeraar heeft Consument onder druk gezet door op 11 juli 2017 een coulanceaanbod te doen waarop vóór 14 juli 2017 gereageerd diende te worden. Consument heeft niet voldoende tijd gehad om over het voorstel na te denken.
- De kwitantie is door Consument getekend omdat Verzekeraar hem steeds heeft voorgehouden dat de verzekering geen dekking bood. Consument heeft getekend onder de voorwaarde dat geen sprake was van dekking. Als Consument begrepen had dat het om een schikking uit coulance ging, op basis van alleen de mate van blijvende invaliditeit, zou hij eerst aan Kifid of aan de rechter een dekkingsuitspraak hebben gevraagd. Mocht alsnog blijken dat er wél dekking is, dan is sprake van dwaling en dwang.
- Het zou niet logisch zijn geweest in te gaan op het voorstel van Verzekeraar om [naam dochter] na 14 juli 2017 te onderwerpen aan een neurologisch onderzoek. Los van het feit dat dit voor [naam dochter] te belastend is en dat een dergelijk onderzoek disproportioneel is, zou het uit coulance zijn verricht. Uit niets blijkt dat Verzekeraar daadwerkelijk zou hebben uitgekeerd op basis van de vast te stellen mate van blijvende invaliditeit.
- Consument heeft zelf een second opinion ingewonnen. De uitkomst was dat sprake is van 20% blijvende invaliditeit. Consument stelt voor dit percentage aan te houden.

Verweer Verzekeraar

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

- Consument heeft de kwitantie geheel vrijwillig ondertekend. Hij heeft daarmee volledige kwijting verleend voor alle bestaande en toekomstige aanspraken op grond van alle verzekeringen onder polisnummer POL[nummer].
- Van dwaling en dwang is geen sprake geweest. Het doel van de getroffen regeling was het beslechten van de onzekerheid over de omvang van de mogelijke schade. Anders dan Consument stelt, is de vaststellingsovereenkomst niet gesloten onder de voorwaarde dat geen sprake was van dekking. Door Verzekeraar is evenmin later erkend dat de gevolgen van de muggenbeet wél onder de dekking zouden vallen. Van dwaling is om die reden geen sprake. Van het uitoefenen van onaanvaardbare druk is evenmin sprake.

Consument is bijgestaan door een jurist en heeft de vaststellingsovereenkomst, alles afwegende, getekend. Verzekeraar mocht er gerechtvaardigd op vertrouwen dat de wilsverklaring van Consument met zijn werkelijke wil overeen kwam.

- De claim van Consument is ondanks het ontbreken van dekking onverplicht in behandeling genomen. Verzekeraar was bereid een uitkering te doen op basis van het nog vast te stellen percentage blijvende invaliditeit. De schikking komt dan ook niet voort uit de dekkingsdiscussie, maar uit de verschillende inzichten ten aanzien van de mate van, althans de wijze van onderzoek naar, de blijvende invaliditeit. Consument is in de gelegenheid gesteld het dossier voor te leggen aan Kifid, de medische tuchtraad of de bevoegde rechter. Hij gaf de voorkeur aan een vergoeding.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar een nadere uitkering onder de verzekering dient te doen.
- 4.2 De Commissie stelt vast dat Consument op 2 augustus 2017 een 'kwitantie' heeft ondertekend en dat daarmee tussen partijen een vaststellingsovereenkomst is gesloten. Ingevolge artikel 7:900 Burgerlijk Wetboek (BW) binden partijen zich bij een vaststellingsovereenkomst, ter beëindiging of ter voorkoming van onzekerheid of geschil omtrent hetgeen tussen hen rechtens geldt, jegens elkaar aan een vaststelling daarvan, bestemd om ook te gelden voor zover zij van de tevoren bestaande rechtstoestand mocht afwijken.
- 4.3 Door ondertekening van de vaststellingsovereenkomst heeft Consument tegen ontvangst van de som van € 5.000,- aan Verzekeraar volledige kwijting verleend voor alle bestaande en toekomstige aanspraken op grond van alle verzekeringen onder polisnummer POL[nummer] ter zake het voorval van 29 juli 2015. Partijen zijn daar in beginsel aan gebonden.
- 4.4 Consument heeft echter aangevoerd dat Verzekeraar hem onder druk heeft gezet door op 11 juli 2017 een coulanceaanbod te doen waarop vóór 14 juli 2017 gereageerd diende te worden. Hij stelt daardoor niet voldoende tijd te hebben gehad om over het voorstel na te denken. De quitantie heeft hij alleen getekend omdat Verzekeraar hem steeds ten onrechte heeft voorgehouden dat de verzekering geen dekking bood. Consument stelt dat de vaststellingsovereenkomst aldus onder invloed van dwang of dwaling tot stand is gekomen en dus vernietigd zou moeten worden.

- 4.5 De Commissie overweegt als volgt. Tussen Consument en Verzekeraar is geruime tijd een discussie gevoerd over zowel het door Verzekeraar ingenomen dekkingstandpunt als de (wijze van) vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit. Uiteindelijk heeft Verzekeraar zich - naar eigen zeggen - coulance halve bereid verklaard de claim in behandeling te nemen en zich op het standpunt gesteld dat dan alsnog de mate van blijvende invaliditeit door middel van aanvullend onderzoek zou moeten worden vastgesteld. Consument wenste evenwel zijn dochter niet aan nadere onderzoeken te onderwerpen. Verzekeraar, zo begrijpt de Commissie, heeft aan deze discussie een einde willen maken door aan Consument een coulanceaanbod van € 5.000,- te doen. Uit het dossier blijkt dat het coulanceaanbod van € 5.000,- in ieder geval al op 16 juni 2017 aan Consument is voorgelegd (zie hiervoor onder 2.6). Daarbij heeft Verzekeraar aan Consument een aantal weken de tijd gegeven om een besluit te nemen het aanbod te aanvaarden of te kiezen voor een nader onderzoek. Ook nadien is tussen Consument en Verzekeraar nog gecorrespondeerd. Verzekeraar heeft zijn aanbod en standpunt gehandhaafd. Op 11 juli 2017 heeft Verzekeraar aan Consument bericht dat verdere discussie geen zin heeft, dat het Consument vrij staat te kiezen het coulanceaanbod te aanvaarden of af te wijzen en desgewenst het dossier voor te leggen aan het Kifid of de bevoegde rechter (zie hiervoor onder 2.7). Verzekeraar verzoekt Consument vóór 14 juli 2017 om 12.00 uur zijn keuze kenbaar te maken.
- 4.6 De Commissie stelt vast dat uit deze correspondentie blijkt dat Verzekeraar er geen misverstand over heeft laten bestaan dat hij zich op het standpunt stelde dat geen dekking bestond, maar dat hij desondanks bereid was ter beëindiging van het geschil (“ter finale kwijting”) een bedrag van € 5.000,- te vergoeden en dat indien Consument daar niet mee akkoord wilde gaan het hem vrij stond zich tot het Kifid of de rechter te wenden. Consument heeft vervolgens het aanbod van Verzekeraar geaccepteerd en daartoe op 2 augustus 2017 de ‘kwitantie’ ondertekend. De Commissie is van oordeel dat uit deze gang van zaken blijkt dat Consument vanaf 16 juni 2017 voldoende tijd en gelegenheid is geboden om in alle vrijheid zijn keuze te bepalen en dat daarbij door Verzekeraar geen onjuiste of onvolledige mededelingen zijn gedaan, zodat bij Consument geen misverstand kan hebben bestaan over de eventuele gevolgen van die keuze. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat van dwang of dwaling geen sprake is geweest. Consument is daarom aan de met Verzekeraar gesloten vaststellingsovereenkomst gebonden.
- 4.7 Nu vaststaat dat de Vaststellingsovereenkomst bindend is voor beide partijen komt de Commissie niet toe aan de vraag of de ongevalverzekering al dan niet dekking biedt voor de gevolgen van de muggenbeet.
- 4.8 De Commissie merkt nog op dat haar niet gebleken is dat Verzekeraar steeds nieuwe afwijsgonden heeft opgevoerd.

Van het begin af aan is het dekkingstandpunt van Verzekeraar duidelijk geweest.

4.9 De Commissie komt tot de slotsom dat Consument tegen ontvangst van de som van € 5.000,- volledige kwijting voor alle bestaande en toekomstige aanspraken op grond de verzekeringen ter zake het voorval van 29 juli 2015 heeft verleend en dat hij aan die vaststellingsovereenkomst is gebonden. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

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.