

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-263
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. B.F. Keulen, drs. A. Paulusma-de Waal (arts),
leden en mr.drs. D.J. Olthoff, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 16 november 2015
Ingediend door : Consument
Tegen : LONDON Verzekeringen N.V., gevestigd te Rotterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 10 april 2019
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Reisverzekering. Bindend advies, klacht ongegrond. Consument doet een beroep op haar bij Verzekeraar lopende reisverzekering in verband met letsel aan haar gebit met blijvende invaliditeit tot gevolg. Naar opgave van Consument is zij tijdens een reis met de bus naar haar vakantieadres in [land] gevallen en is dientengevolge een ontsteking ontstaan aan haar kaak/gebit. Uiteindelijk heeft deze ontsteking, waarvoor Consument behandeling heeft ondergaan in [land] en later in Nederland, volgens Consument geleid tot volledig verlies van een gebitselement en heeft zij om die reden recht op een percentage (5 %) van het maximaal voor blijvende invaliditeit (BI) verzekerde bedrag van € 43.378,-. Volgens Verzekeraar is het causaal verband niet komen vast te staan en is er volgens de verzekeringsvoorwaarden voor het verlies van een gebitselement geen recht op een uitkering op basis van (een percentage) BI. De Commissie oordeelt dat Consument niet is geslaagd in het bewijs van haar stelling dat de door haar geclaimde schade een gevolg is van het door haar gestelde ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. Tevens is de Commissie van oordeel dat het door Consument opgegeven letsel niet resulteert in een percentage BI zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden. De Commissie oordeelt dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar tot uitkering verplicht is. De vordering van Consument wordt afgewezen.

I. Procesverloop

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

- de door Consument ingediende klacht;
- de klachtbrief van Consument met bijlagen van 7 juli 2015;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de aanvullende stukken van Consument;
- de aanvullende stukken van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 31 oktober 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Met ingang van 22 maart 2007 heeft Consument bij Verzekeraar een Doorlopende reisverzekering voor particulieren gesloten met als verzekerde rubrieken onder meer kosten van geneeskundige en tandheelkundige behandeling en ongevallen.
- 2.2 Voor kosten voor geneeskundige behandeling buiten Nederland geldt volgens het polisblad een maximum vergoeding van € 681,-. Bij blijvende invaliditeit geldt een maximum vergoeding van € 45.378,- (personen van 16 t/m 69 jaar).
- 2.3 Artikel 9 van de voorwaarden van de Doorlopende reisverzekering voor Particulieren luidt, voor zover relevant:

“Artikel 9 kosten van geneeskundige behandeling

(...)

9.2 Omschrijving van de dekking

a. De verzekering geeft vergoeding voor de tijdens een reis medisch noodzakelijk geworden en gemaakte kosten van geneeskundige behandeling, voor zover de behandeling niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland, uiterlijk tot de 365^{ste} dag na die waarop de behandeling begon, doch niet langer dan tot het eerst mogelijke tijdstip van terugkeer van de reis in Nederland.

(...)

c. indien verzekerde tijdens de reis vanuit zijn woonadres in Nederland rechtstreeks naar het buitenland, het verblijf in het buitenland of de reis vanuit het buitenland rechtstreeks terug naar zijn woonadres in Nederland een ongeval is overkomen zullen tevens worden vergoed de door dit ongeval noodzakelijk geworden kosten van geneeskundige behandeling gemaakt in Nederland binnen 1 jaar na de datum van het ongeval tot maximaal het op het polisvervolgblad genoemde bedrag. In dit verband wordt aan het begrip ongeval dezelfde betekenis toegekend als in de ten tijde van de ingangsdatum van de Doorlopende Reisverzekering voor Particulieren bij de maatschappij in gebruik zijnde Algemene Voorwaarden van de individuele ongevallenverzekering.”

Artikel 10 luidt:

“Artikel 10 Kosten van tandheelkundige behandeling

Onder kosten van tandheelkundige behandeling wordt verstaan, de tijdens een reis gemaakte kosten van tandheelkundige (deel)behandeling(en) (...) als gevolg van klachten tijdens de reis ontstaan voor

zover tandheekkundig gezien, de behandeling(en) niet kon(den) worden uitgesteld tot na terugkomst in de woonplaats.

Zijn de kosten van tandheekkundige behandeling het gevolg van een ongeval, de verzekerde overkomen tijdens een reis naar het buitenland, het verblijf in het buitenland of de reis vanuit het buitenland rechtstreeks terug naar zijn woonadres in Nederland, dan zullen de kosten van deze behandeling, in Nederland gemaakt, eveneens tot maximaal het verzekerde bedrag worden vergoed, voor zover deze kosten zijn gemaakt binnen 1 jaar na de datum van het ongeval.”

In artikel 11 (**Ongevallenverzekering**) is het volgende bepaald:

“Zowel bij overlijden als bij blijvende invaliditeit, beide tengevolge van een ongeval dat de verzekerde gedurende een reis is overkomen, verleent de maatschappij een kapitaalsuitkering. Voor de rubriek Ongevallen zijn toepassing de voorwaarden van de op het polisblad vermelde Ongevallenverzekering, tenzij hiervan in de polis en voorwaarden van de Doorlopende reisverzekering voor Particulieren wordt afgeweken. Het risico verbonden aan het besturen van een motor of scooter is meeverzekerd.”

2.4 In de voorwaarden van de ongevallenverzekering (Polismantel 400-92) wordt in artikel 4 de volgende definitie van het begrip “ongeval” gegeven:

“4.1 Onder een ongeval krachtens deze verzekering wordt verstaan:

een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks in een ogenblik een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

4.2 Ook wordt onder een ongeval verstaan:

(...)

4.2.7 complicaties of verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks gevolg van eerste hulpverlening of van de door het ongeval noodzakelijk geworden geneeskundige behandeling.”

Artikel 5.4 (Rubriek B: recht op uitkering bij blijvende invaliditeit) luidt:

“In geval van blijvende invaliditeit van verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval wordt de uitkering overeenkomstig het vermelde in artikel 9 vastgesteld op een percentage van het ten tijde van het ongeval voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.”

In artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden van de ongevallenverzekering (Polismantel 400-92) is bepaald op welke wijze de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld.

Artikel 9 (**Vaststelling van de uitkering bij blijvende invaliditeit**) luidt (voor zover relevant):

“**9.1** De wijze waarop de uitkering bij blijvende invaliditeit wordt vastgesteld is afhankelijk van het gegeven welk lichaamsdeel of orgaan door het bij het ongeval opgelopen letsel geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan of onbruikbaar is geworden.

9.2 Bij volledig (functie-) verlies van de volgende organen/lichaamsdelen wordt het daarnaast vermelde percentage van de verzekerde som uitgekeerd:

het gezichtsvermogen van beide ogen:	100%
het gezichtsvermogen van één oog:	30%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens verlies van het andere oog:	70%
het gehoor van beide oren:	60%
het gehoor van één oor:	25%
doch indien de maatschappij krachtens deze verzekering uitkering verleend heeft wegens gehele doofheid aan het andere oor:	35%
een arm incl. onderarm, hand en vingers):	75%
een hand (incl. vingers):	60%
een duim:	25%
een wijsvinger:	15%
een middelvinger:	12%
een ringvinger:	10%
een pink:	10%
een been (incl. onderbeen, voet en tenen):	70%
een voet (incl. tenen):	50%
een grote teen:	5%
een andere teen:	3%
de milt:	5%
de smaak en reuk samen:	10%
een nier:	10%

Wanneer er sprake is van een gedeeltelijk (functie-)verlies van een of meer van de hiervoor genoemde lichaamsdelen of organen, wordt een evenredig deel uitgekeerd. (...)

9.3 De bepaling van het percentage (functie-)verlies geschiedt door middel van een medisch onderzoek in Nederland volgens objectieve maatstaven (beroepsbezigheden buiten beschouwing latend) en wel overeenkomstig de ten tijde van de vaststelling van het (functie-)verlies laatste uitgave van de ‘Guides to the Evaluation of Permanent Impairment’ van de American Medical Association (A.M.A.) (...)

9.4 In gevallen die niet vallen onder artikel 9.2 wordt uitgekeerd het percentage van de verzekerde som dat gelijk is aan:

9.4.1 de mate van blijvend functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert òf

9.4.2 – indien verzekerde een beroep uitoefent – de mate waarin verzekerde blijvend ongeschikt is om dat beroep uit te oefenen. (...)

9.5.1 De bepaling van de mate van blijvend functieverlies zoals bedoeld bij 9.4.1 geschiedt zoals aangegeven bij 9.3

(...)

9.6 Invloed van kunst- en hulpmiddelen

Bij de bepaling van de mate van functieverlies (9.5.2) wordt uitgegaan van de situatie zonder uitwendig geplaatste kunst- of hulpmiddelen, doch – indien geplaatst – met inwendige kunst- of hulpmiddelen.”

2.5 Tijdens een reis in [land] in februari 2011 heeft Consument een behandeling ondergaan bij een tandarts in [land] wegens pijn aan haar kaak. Consument is op 11 februari 2011 met de nachtbus uit Nederland aan haar reis begonnen en op 12 februari 2011 in de ochtend aangekomen in [land]. Op 13 februari 2011 heeft een bezoek aan de huisarts plaatsgevonden en op 14 februari 2011 heeft Consument in [land] bij een tandarts/kaakchirurg een behandeling ondergaan.

2.6 Bij terugkomst in Nederland had Consument nog steeds klachten, volgens Consument ten gevolge van een beroepsfout van de tandarts in [land]. Consument heeft na terugkomst in Nederland opnieuw een behandeling ondergaan, ditmaal een wortelkanaalbehandeling bij een endodontoloog.

2.7 Bij brief van 1 maart 2011 heeft Verzekeraar het volgende aan Consument geschreven:

“(...)

U stelt dat de oorzaak van de door u geleden schade een verkeerd uitgevoerde behandeling c.q. onjuiste behandeling door de [nationaliteit] kaakchirurg is. U kwalificeert de verkeerd uitgevoerde behandeling c.q. onjuiste behandeling als een ongeval in de zin van artikel 4.1 van de van toepassing zijnde polisvoorwaarden.

Naar mijn mening voldoet deze voor u vervelende gebeurtenis niet aan het begrip ongeval zoals is omschreven in artikel 4.1 van de polisvoorwaarden. (...)”

2.8 Verzekeraar heeft het volgende emailbericht van 30 maart 2011 overgelegd, afkomstig van Consument, gericht aan haar tussenpersoon:

“We hadden een busreis geboekt, vertrek vrijdag namiddag/avond, aankomst zaterdagochtend. Ik had zaterdagochtend ontzettende pijn en heb gezocht naar een tandarts. Bemiddeling ingeroepen van ANWB en andere noodcentrales, reisorganisatie geraadpleegd etc., maar kon zaterdag nergens terecht. In het bergdorp en omringede dorpen was alles gesloten. Volgende dag idem dito.

Wel heb ik toen een huisarts kunnen spreken en zware medicatie gekregen (morfine) om het tot maandag uit te houden en zodoende tandarts/kaakspecialist te consulteren. Daar ben ik die maandag ook de hele dag mee doende geweest. De rest van de week heb ik hevige pijnen geleden, in afwachting tot vertrek naar huis. Vanwege de gezamenlijke busreis was ik genoodzaakt daar te wachten tot ik aan het eind van de vakantie weer naar huis kon. Tussentijds vertrek was (wederom overleg met reisorganisatie) niet mogelijk. De bijgesloten brief van de huisarts van zondag verklaart dat er 15 dagen niet geskied kon worden. Dat is dus aanzienlijk meer dan de periode van de geboekte reis.”

- 2.9 Aan Consument is via de tussenpersoon in juni/juli 2011 een vergoeding toegekend gelijk aan de maximum vergoeding van € 681,- voor kosten geneeskundige behandeling in het buitenland.
- 2.10 Consument heeft vervolgens ook de overige behandelingskosten, voor zover niet vergoed door de zorgverzekeraar, geclaimd alsmede een uitkering met een maximum van € 45.378,- op grond van de ongevallenverzekering.
- 2.11 Deze aanvullende claim is door de tussenpersoon afgewezen en, nadat Consument hierover een klacht had ingediend, doorgezonden aan Verzekeraar.
- 2.12 bij brief van 19 augustus 2014 heeft Verzekeraar afwijzend gereageerd op de aanvullende claim van Consument, waartegen Consument op 26 augustus 2014 bezwaar heeft gemaakt. Op 27 augustus 2014 heeft Verzekeraar dit bezwaar van Consument afgewezen.
- 2.13 Consument heeft een klacht aanhangig gemaakt bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening.
- 2.14 Op 14 april 2015 heeft de Ombudsman Financiële dienstverlening zijn definitief oordeel kenbaar gemaakt en de klacht ongegrond verklaard.
- 2.15 Consument heeft op 7 juli 2015 de klacht voorgelegd aan de Geschillencommissie. In haar klacht geeft Consument de volgende weergave van de toedracht van de gebeurtenis die volgens Consument heeft geleid tot gedeeltelijke blijvende invaliditeit:

“Op de eerste dag van mijn vakantie is een onbekende tegen mij aangekomen en ben ik gevallen. Aanvankelijk leek het letsel mee te vallen. Echter de volgende dag zwelde mijn kaak op gepaard gaande met enorme pijn. Ik moest mij onder doktersbehandeling stellen, werd doorverwezen naar specialist kaakchirurg. Deze heeft de behandeling niet c.q. niet behoorlijk uitgevoerd waarbij complicaties zijn opgetreden en het letsel vererg[er]de. Bij thuiskomst bleek de kaak fors te zijn aangetast.

In Nederland eerst een vermoeden van onherstelbare schade hetgeen ook later inderdaad het geval bleek. Door de wondinfectie en/of onjuiste behandeling en/of complicaties en/of verergering van het ongeval letsel moest uiteindelijk element 1.2 als verloren te worden beschouwd.”

- 2.16 Op 16 november 2015 heeft een hoorzitting van de enkelvoudige kamer van de Geschillencommissie plaatsgevonden. De Commissie heeft ter zitting bepaald dat voor een zorgvuldige beoordeling Verzekeraar een medisch/tandheelkundig onderzoek zal moeten uitvoeren en Verzekeraar gevraagd hiertoe over te gaan.
- 2.17 De in dit kader door Verzekeraar geraadpleegde verzekeringsarts heeft op 21 maart 2017 het volgende aan Verzekeraar geschreven:

“(…)

Uit de toegezonden stukken kan worden opgemaakt dat betrokkene op 13 februari 2011 in [land] een huisarts bezoekt in verband met een abces aan het gebit. De volgende dag wordt zij gezien door een tandarts (alleen een rekening van € 21 is voorhanden).

Op 22 februari 2011 wordt zij gezien door ene tandarts van de praktijk voor endodontologie te [stad]. Er is een ontsteking van de wortelpunt van de rechterboventand. De zenuw leefde niet meer, het wortelkanaal was geïnfecteerd met bacteriën, die de oorzaak zijn van dit doodgaan van de zenuw. In verband hiermee is een dag erna een wortelkanaalbehandeling uitgevoerd.

(…)

Op 29 april 2013 is het element geopend en er werd een fractuur geconstateerd. Het element is hierdoor verloren gegaan.

(…)

In deze stukken wordt nergens een ongeval beschreven. In 2011 was er sprake van een wortelpuntabces, zonder breuk. Ik zie geen verband met een eventueel ongeval, waarbij er in ieder geval geen fractuur van het betreffende element is opgetreden.

(…)

Er is sprake van een eindsituatie.

PERCENTAGE BI

Volgens de AMA Guides 6^e editie is er bij verlies van een element geen sprake van BI.

(…)

ADVIES

Er zijn mijns inziens twee redenen om de claim af te wijzen. Ten eerste is een causaal verband niet plausibel, ten tweede zou er, wanneer er wel sprake zou zijn van een causaal verband, op basis van de polis geen BI zijn.

Wat betreft het causaal verband moet ik hierbij aangeven dat dit niet op mijn vakgebied ligt, zodat wanneer u op basis daarvan wil afwijzen, ik u moet adviseren hierover een tandheelkundig advies aan te vragen. Indien u dit wenst zal ik het dossier met één van onze tandartsen bespreken met het verzoek hierover te adviseren.

(…)”

2.18 Verzekeraar heeft een tandheilkundig adviseur gevraagd advies uit te brengen op basis van alle inmiddels bekende medische gegevens. Op 19 februari 2018 heeft deze zijn rapport uitgebracht. In dit rapport is onder meer het volgende te lezen:

“(…)

Beschouwing:

Op 22 februari 2011 is er bij [naam Consument] een wortelkanaalbehandeling verricht door tandarts-endodontoloog [naam tandarts] aan gebitselement 12 omdat er een ontsteking aanwezig was aan de wortelpunt. Tandarts-endodontoloog [naam tandarts] constateerde een breuk in de wortel op 29 april 2013.

Tandarts-endodontoloog [naam tandarts] vermeldt expliciet in zijn schrijven van 20 november 2015 dat er op het moment van de wortelkanaalbehandeling op 22 februari 2011 geen breuk aanwezig was. Op 12 februari 2011 was [naam Consument] betrokken bij een ongeval in [land]. Voor mij is onbekend welke schade [naam Consument] heeft opgelopen door dat ongeval. Wel duidelijk is dat noch dit ongeval noch de wortelkanaalbehandeling verricht door tandarts-endodontoloog [naam tandarts] de oorzaak zijn geweest van de breuk in de wortel in de 12, waardoor deze uiteindelijk verloren is gegaan.

De reden dat er een breuk in de wortel is ontstaan is onbekend, Het kan zijn dat de 12 een klap heeft gekregen. Het kan ook zijn dat de wortel bros is geworden door het bleken zoals tandarts-endodontoloog [naam tandarts] suggereert.

(…)

1. Wat betreft het ongeval in [land] kan ik u niets mededelen aangezien er slechts door een arts een nota is aangeleverd en een aantal medicijnen vermeld staan. Er is geen brief van een tandarts bij mij bekend. Een diagnose stellen is dan ook niet mogelijk.
2. Er is naar mijn mening geen causaal verband tussen de val van 11 februari 2011 en het verlies van de 12. De ontsteking aan de wortelpunt zal al voor de val aanwezig zijn geweest en de breuk in de wortel was op het moment van behandelen op 22 februari 2011 niet aanwezig.
3. (...)

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert een vergoeding van 5 % van het voor de ongevallenverzekering geldende maximumbedrag van € 45.378,-, te weten € 2268,90. Deze vordering is gebaseerd op 5 % BI wegens volledig functieverlies van het gebitselement.

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 contractuele verplichtingen jegens Consument.

Consument voert hiertoe, zakelijk weergegeven, de volgende argumenten aan.

- Consument kreeg bij aankomst in [land] op 12 februari 2011 plotseling hevige pijn in haar kaak, waarvoor zij een kaakchirurg/tandarts heeft geconsulteerd. Achteraf bleek dat de oorzaak van de pijn was terug te voeren op een eerdere val tijdens de reis van 11 op 12 februari. Deze val kwalificeert als een ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden.
- Consument heeft een vijftal getuigenverklaringen overgelegd, waaruit blijkt dat Consument op de heenreis naar [land] van de trap van de bus is gevallen en op haar gezicht terecht is gekomen met de ontsteking aan haar kaak tot gevolg.
- Na de behandeling bij de [nationaliteit] kaakchirurg op 14 februari 2011 is een ontsteking ontstaan, die met morfine is bestreden. In Nederland heeft Consument de behandeling bij de endodontoloog ondergaan. De problemen zijn ontstaan doordat de [nationaliteit] kaakchirurg een incisie heeft gemaakt: dit had nooit mogen gebeuren. Daardoor is de ontsteking ontstaan en is de vervolgbehandeling nodig geweest. Na een jaar is de wond opnieuw opengemaakt en bleek sprake te zijn van een breuk van de wortel van het betreffende gebitselement.
- Het door Verzekeraar overgelegde emailbericht van 30 maart 2011 kent Consument niet. Consument heeft destijds alleen met Verzekeraar gecommuniceerd.

Verweer

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

- De stelling van Consument dat het abces in haar kaak een gevolg is van een haar tijdens haar reis in [land] in 2011 overkomen ongeval, vindt geen steun in het dossier. Er is onduidelijkheid over het ontstaan van het abces in de kaak. Consument heeft aanvankelijk de behandeling/incisie door de kaakchirurg als ongeval gekwalificeerd en pas later als oorzaak de val in de bus genoemd.
- Zelfs indien wordt uitgegaan van de val in de bus als ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden, dan nog is niet komen vast te staan dat een oorzakelijk verband bestaat tussen de door Consument geclaimde schade aan het gebit en deze val. Uit de door Verzekeraar gevraagde medische adviezen blijkt dat dat in 2011 geen sprake was van een breuk van het onderhavige gebitselement. Het element is na terugkeer van de reis in februari 2011 opgevuld en uit in februari 2011 en maart 2013 gemaakte röntgenfoto's blijkt dat sprake was van genezing. De later geconstateerde breuk, waardoor het element verloren is gegaan, kan door diverse andere oorzaken zijn ontstaan, zoals de wortelkanaalbehandeling zelf en/of het tussentijds bleken van het element.
- Consument heeft reeds het maximale bedrag voor de voor vergoeding in aanmerking komende kosten uitgekeerd, te weten € 681,-, op basis van artikel 10 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Voor een verdergaande vergoeding is geen ruimte nu Consument niet is geslaagd in het bewijs van het causaal verband tussen de val in de bus en het verlies van het gebitselement.

- Overeenkomstig artikel 5 van de ongevallenverzekering bestaat alleen recht op een kapitaalsuitkering bij overlijden of blijvende invaliditeit, waarbij in artikel 9.2 van de ongevallenverzekering is bepaald wanneer sprake is van blijvende invaliditeit en wanneer recht bestaat op een uitkering bij blijvende invaliditeit. Het door Consument opgegeven letsel valt niet onder de in artikel 9.2 van de ongevallenverzekering genoemde categorieën. Evenmin is sprake van “blijvend functieverlies die het letsel voor het lichaam als geheel oplevert” in de zin van artikel 9.4.1 of van blijvende beroepsarbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 9.4.2 van de voorwaarden van de ongevallenverzekering.
- Ook de AMA (American Medical Association) Guides, 6^e editie, biedt bij verlies van een element geen ruimte voor de conclusie dat sprake is van BI.

4. Beoordeling

- 4.1 Uitgangspunt bij de beoordeling vormen de polis en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Uit artikel 4.1 blijkt onomwonden dat om in aanmerking te komen voor een uitkering op grond van de ongevallenverzekering niet alleen sprake moet zijn van een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van verzekerde maar ook dat daardoor rechtstreeks en in een ogenblik lichamelijk letsel is ontstaan dat medisch is vast te stellen. Daarbij rust de bewijslast op Consument.
- 4.2 De Commissie oordeelt dat Consument niet geslaagd is in dit bewijs. Ook als de Commissie zou oordelen dat de val in de bus vaststaat en kwalificeert als een ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden (Verzekeraar heeft dat betwist), dan nog heeft Consument niet aannemelijk gemaakt dat de zwelling van de kaak en de ontsteking aan het uiteindelijk verloren gegane gebitselement het gevolg is van deze val. Uit de medische stukken in het dossier van de Commissie blijkt dit helemaal niet.
- 4.3 Consument beroept zich ook op de behandeling in [land] en vindt dat ook die behandeling als een ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden kwalificeert. De Commissie kan voorbijgaan aan de vraag of dit juist is, omdat Consument van die behandeling geen medische informatie over heeft kunnen leggen. Dit is een omstandigheid die binnen de risicosfeer van Consument valt. De Commissie kan alleen oordelen op basis van de (medische) stukken die wel voorhanden zijn.
- 4.4 Los van het voorgaande overweegt de Commissie dat het door Consument opgegeven letsel niet resulteert in een percentage BI in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. Ter zitting heeft Consument verklaard dat zij inmiddels (sinds 2013) een implantaat heeft in de plaats van het litigieuze gebitselement.

- 4.5 Van toepassing is de 6^e editie van de AMA-Guides (ingangsdatum 1 januari 2011). De AMA-Guides bepalen aan de hand van beperkingen (impairments) de mate van blijvende invaliditeit. De ernst van deze impairments wordt afgemeten aan de belemmeringen die de persoon hierdoor bij “self-care” en bij activiteiten in het dagelijks leven (ADL) ondervindt (hoofdstuk 1, tabel 1.1.). Het verlies van een gebitsselement leidt niet tot belemmeringen bij deze activiteiten en geeft geen recht op een percentage blijvende invaliditeit.
- 4.6 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar tot uitkering verplicht is. De vordering van Consument gaat juist uit van het wél bestaan van die plicht van Verzekeraar. Daarom wijst de Commissie die vordering 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/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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 46 van het Reglement.