

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0985
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse,
mr. S.W.A. Kelterman, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 8 oktober 2020
Ingediend door	: Mevrouw [naam echtgenote], verder te noemen de echtgenote en de heer [naam echtgenoot], verder te noemen 'de echtgenoot', verder samen te noemen de consumenten
Tegen	: AWP P&C S.A. Dutch branch, h.o.d.n. Allianz Global Assistance, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 17 november 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	: Bijlage - Relevante bepalingen uit de Voorwaarden Aevitae Doorlopende Reis 12

Samenvatting

Reis- en annuleringsverzekering. De consumenten zijn op 17 mei 2017 op reis naar Thailand gegaan. Omdat de echtgenoot tijdens hun verblijf door ziekte 'not fit to fly' is verklaard, verblijft hij daar nog steeds. De echtgenote blijft het grootste deel van de tijd bij haar echtgenoot. De verzekeraar heeft de verzekering met terugwerkende kracht beëindigd omdat de maximale dekkingstermijn door dit langdurige verblijf in Thailand is overschreden. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de verzekering niet mocht beëindigen en dat de dekking dus in stand is gebleven. Na zijn verweerschrift aan de commissie heeft de verzekeraar aanvullend nog nieuwe verweren gevoerd. Dat is te laat. De vordering wordt (gedeeltelijk) toegewezen.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consumenten met een brief van hun vertegenwoordiger; 2) de aanvullende stukken op het klachtformulier; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de antwoorden van de verzekeraar op vragen van de secretaris; 5) de namens de consumenten ingediende repliek; 6) de dupliek van de verzekeraar; 7) de namens de consumenten ingediende reactie op de dupliek; 8) de na de zitting namens de consumenten toegestuurde aanvullende stukken en 9) de reactie daarop van de verzekeraar.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting voor een enkelvoudige commissie op 26 mei 2021. Partijen hebben hieraan deelgenomen.

- 1.3 Na de hoorzitting is de enkelvoudige commissie uitgebreid met de leden prof. mr. M.L. Hendrikse en mr. S.W.A. Kelterman naar een meervoudige commissie. Partijen zijn hierover geïnformeerd.
- 1.4 Partijen zijn door de meervoudige commissie opgeroepen voor een hoorzitting op 13 oktober 2021. Partijen zijn aldaar verschenen.
- 1.5 Hoewel de consumenten in eerste instantie hadden gekozen voor een niet-bindend advies, is op de zitting van 13 oktober 2021 namens de consumenten verzocht om een bindend advies. De verzekeraar heeft daarop meegedeeld geen bezwaar te hebben tegen een bindend advies, omdat hij zelf bij Kifid bindend is aangesloten. Dit betekent dat het advies alsnog bindend is en partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consumenten hebben een zorgverzekering bij Your Benefits Assuradeuren (voorheen: Aevitae) als gevolmachtigde van een zorgverzekeraar. Daarnaast hebben de consumenten sinds 1 oktober 2012 ook bij Your Benefits Assuradeuren, maar dan optredend als gevolmachtigde van de verzekeraar, een reis- en annuleringsverzekering (hierna: 'de verzekering'). De toepasselijke voorwaarden zijn Aevitae Doorlopende Reis 12 (hierna 'de voorwaarden'). Het doel van de verzekering is onder meer om onverwachte, spoedeisende medische kosten tijdens een vakantie in het buitenland te vergoeden, voor zover deze niet vanuit de zorgverzekering vergoed worden. In afwijking van artikel 19 van de voorwaarden kent de verzekering een dekkingperiode van 180 dagen. Op het polisblad van de verzekering staat dat de polis onlosmakelijk verbonden is met de zorgverzekering van de consumenten. De relevante artikelen uit de voorwaarden staan in de bijlage bij deze uitspraak.
- 2.2 Op 17 mei 2017 zijn consumenten naar Thailand afgereisd. De echtgenoot is tijdens het verblijf in Thailand ziek geworden. Zijn behandelend arts hebben de echtgenoot not fit to fly verklaard en hij verblijft daarom nog steeds in Thailand. De echtgenote is nog af en toe naar Nederland teruggereisd, maar verblijft sinds de herfst van 2019 ook voortdurend in Thailand.
- 2.3 Per 1 juli 2020 is de naam van het onderdeel van Aevitae dat zich bezig houdt met schadeverzekeringen veranderd naar Your Benefits Assuradeuren (hierna 'de gevolmachtigde').

- 2.4 In de zomer van 2020 heeft de gevolmachtigde de reisverzekering op grond van artikel 19 en clause II van de voorwaarden beëindigd omdat de echtgenoot sinds mei 2017 in Thailand verblijft en deze termijn langer is dan de maximale dekkingperiode van 180 dagen. Er is volgens de gevolmachtigde geen dekking meer vanaf 13 november 2017. Vanaf die datum is restitutie verleend van de betaalde premie.
- 2.5 De klacht van de consumenten tegen de beëindiging van de verzekering heeft de gevolmachtigde in de mail van 29 oktober 2020 afgewezen. Hij heeft daartoe aangevoerd dat de verzekering wegens het lange onafgebroken verblijf in Thailand geen dekking meer bood en dat daarom de verzekering is beëindigd.

De klacht en vordering

- 2.6 De consumenten bestrijden dat de verzekering is geëindigd. Zij vorderen dekking voor de volgende posten: € 11.592,00 aan niet vergoede medische kosten; € 79.200,00 in verband met maandelijkse woonkosten (44 x € 1.800,00); € 66.000,00 in verband met dagelijkse hulp aan huis (44 x € 1.500,00 per maand) en overige kosten.
- 2.7 De consumenten vinden dat de verzekering ten onrechte met een beroep op artikel 19 van de voorwaarden is beëindigd. Omdat de echtgenoot tijdens het verblijf in Thailand ernstig ziek is geworden en de behandeld artsen hem not fit to fly hebben verklaard, kon hij niet meer naar Nederland terugkeren. De echtgenote is af en toe naar Nederland teruggevlogen, maar vanaf de herfst 2019 is zij permanent bij de echtgenoot gebleven. Dat de consumenten langer dan 180 dagen in Thailand verblijven is dus een geval van overmacht. In artikel 19 is bepaald dat de dekking automatisch geldig blijft tot de eerst mogelijke terugkeer van verzekerde als er iets gebeurt waartegen men verzekerd is. Op grond van deze bepaling bestaat dus recht op dekking.
- 2.8 Omdat de verzekering van Aevitae naar Your Benefits Assuradeuren is overgegaan is de verzekering beëindigd. Dit is in strijd met de brief die naar aanleiding van de overname is gestuurd. Hierin staat dat er niets zou veranderen. De consumenten zijn door de beëindiging met terugwerkende kracht verrast. De consumenten wisten niet dat zij al die tijd niet verzekerd waren.
- 2.9 De echtgenote heeft veelvuldig contact gehad met de alarmcentrale van Aevitae over de ziekte van de echtgenoot. Zij verkeerde in de veronderstelling dat zij hiermee zowel de zorgverzekeraar als de verzekeraar hierover had geïnformeerd. Temeer omdat de alarmcentrale van de reisverzekering en van de zorgverzekering hetzelfde telefoonnummer hebben. Tijdens die gesprekken zijn verschillende kostenposten besproken. De alarmcentrale heeft de echtgenote er toen niet op gewezen dat zij nog apart een claim bij de verzekeraar moest indienen, als de kosten niet onder de zorgverzekering waren gedekt.

2.10 De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft zich in de situatie van de consumenten verdiept en beschouwt hen als inwoners van Nederland. De zorgverzekeraar volgt SVB hierin.

2.11 De commissie dient op basis van coulance of medemenselijkheid te oordelen.

Het verweer

2.12 De verzekeraar heeft zijn standpunt dat hij bij de interne klachtprocedure heeft ingenomen in de procedure bij Kifid herhaald. Volgens de verzekeraar hebben de consumenten gedurende de reis die op 17 mei 2017 is aangevangen en het verblijf in Thailand ook nooit aanspraak gemaakt op de verzekering. Er was daarom geen aanleiding de dekkingperiode te verlengen. Nadat duidelijk werd dat de consumenten drie jaar na het verstrijken van de dekkingperiode van 180 dagen nog altijd in het buitenland verbleven en niet van plan waren om naar Nederland terug te keren, is de verzekering beëindigd op grond van artikel 19 van de voorwaarden.

2.13 Bij de antwoorden van de verzekeraar op de vragen van de secretaris van Kifid heeft de verzekeraar bovendien aangevoerd dat zelfs als de verzekering nog wel bestaat, de kosten niet zijn gedekt omdat deze redelijkerwijs te verwachten waren. De kosten die de consumenten hebben gemaakt in de periode dat de verzekering nog wel bestond zijn evenmin gedekt vanwege de termijn waarbinnen de schade gemeld moet worden op grond van artikel 6 van de voorwaarden. De kosten zijn ook niet gedekt omdat op grond van artikel 5.4 van de voorwaarden vooraf toestemming nodig is. Daarnaast eindigt de verzekering automatisch als verzekerde een aaneengesloten periode van 180 dagen buiten Nederland verblijft. Bovendien heeft de verzekeraar op grond van artikel 17.3 van de voorwaarden te allen tijde het recht de verzekering te beëindigen.

2.14 Bij dupliek heeft de verzekeraar nog aangevoerd dat het niet aan de medewerkers van de Aevitae-alarmcentrale is om advies te geven over waar gemaakte kosten gedeclareerd moeten worden. De medewerkers verlenen hulp en hebben geen inzicht in wat onder welke verzekering vergoed wordt. Wel zullen de medewerkers altijd het advies geven om, voor het geval aanvullende kosten worden gemaakt, ook contact op te nemen met de reisverzekeraar.

2.15 Op de zittingen en in de reactie van de verzekeraar na de eerste zitting heeft de verzekeraar de volgende aanvullende standpunten ingenomen.

2.16 De uitzondering van artikel 19 van de voorwaarden gaat niet op omdat de verzekerde geen contact heeft opgenomen met de alarmcentrale van de verzekering. Bovendien staat in artikel 2.1 van de voorwaarden dat de verzekerde nooit langer dan 365 dagen recht heeft op vergoeding bij medische kosten.

- 2.17 De echtgenote had geen contact met Aevitae door te bellen met de alarmcentrale. De zorgverzekering is bij een ander verzekeraar ondergebracht dan de verzekering. Vanuit de AVG is het verboden om persoonsgegevens te delen tussen verzekeraars. Verder zijn de telefoonnummers van de alarmcentrale van de zorgverzekering en van de verzekering anders. Dit staat in de voorwaarden. Doordat geen contact is opgenomen met de alarmcentrale van de verzekering is er geen mogelijkheid geweest om de medische noodzaak ter plaatse te blijven vaststellen, om de kosten te minimaliseren en eventueel aan te dringen op een vroege terugkeer met de juiste medische begeleiding.
- 2.18 Ook zijn de kosten niet voorafgaand aan de medisch adviseur van de verzekeraar voorgelegd zoals staat omschreven in artikel 3.1 van de voorwaarden.
- 2.19 De bewijslast van de geclaimde kosten ligt bij de verzekerde. Het bewijs dat de verzekeraar tot nu toe heeft gekregen is onvoldoende omdat ten minste het volledige medische dossier nodig is en de volledige gespecificeerde nota's.
- 2.20 Daarnaast staat in artikel 5.2 van de voorwaarden dat de verzekerde al het mogelijke moet doen om de schade te beperken en verder niets moet doen dat de belangen van de verzekeraar en de alarmcentrale zou kunnen schaden. Hier is niet aan voldaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 Tussen partijen staat in discussie of de verzekering terecht is geëindigd en of de verzekeraar dekking moet verlenen. De commissie ziet aanleiding om als eerste te bespreken of de verzekeraar zijn afwijzingsgronden op tijd in de procedure heeft aangevoerd.

Heeft de verzekeraar de afwijzingsgronden mogen aanvullen?

- 3.2 Bij de beantwoording van de vraag of de verzekeraar zijn afwijzingsgronden mocht aanvullen stelt de commissie voorop dat wat de Hoge Raad in het arrest *OHRA/Goilo*¹ heeft overwogen. In dat arrest is kort gezegd overwogen dat vanwege de aard van de verzekeringsovereenkomst en de omstandigheden van het geval, de eisen van redelijkheid en billijkheid kunnen meebrengen dat de verzekeraar niet mag terugkomen op zijn eerder ingenomen afwijzingsgrond. Daarbij is onder meer van belang de mate van precisie van de aanvankelijk aangevoerde grond, de mate van stelligheid waarmee deze is verwoord en ook of het gaat om een verzoek van de verzekerde een standpunt te willen innemen in verband met door hem te maken kosten of om een verzoek om dekking van reeds geleden schade.

¹ HR 3 februari 1989, ECLI:NL:HR:1989:AB8306, NJ 1990/476 (OHRA/Goilo)

Deze en soortgelijke factoren zijn mede bepalend voor de mate waarin de verzekerde erop mag vertrouwen dat de verzekeraar de opgegeven afwijzingsgrond beslissend acht. De commissie acht de volgende omstandigheden relevant.²

- 3.3 De gevolmachtigde en de verzekeraar hebben in eerste instantie en bij herhaling uitsluitend een beroep gedaan op artikel 19 van de voorwaarden. Volgens de verzekeraar was er geen dekking en de verzekering was beëindigd omdat de consumenten langer dan de dekkingperiode van 180 dagen in het buitenland verbleven. Pas na verweer in de procedure bij Kifid heeft de verzekeraar aanvullende afwijzingsgronden aangevoerd. Geen van die aanvullende afwijzingsgronden vindt zijn grondslag in feiten en omstandigheden die zich pas na het verweerschrift hebben voorgedaan of pas na het verweerschrift zijn gebleken. Onder de omstandigheden van dit geval vindt de commissie dat de consumenten in redelijkheid niet hoefden te verwachten dat de verzekeraar zijn afwijzing op meer baseerde dan de duur van hun verblijf in het buitenland. Zij mochten er daarom vanuit gaan dat de verzekeraar dekking zou bieden als deze afwijzingsgrond zou komen te vervallen.
- 3.4 Verder brengt een goede procesorde mee dat verweren op tijd moeten worden ingebracht. De commissie oordeelt dat de gevolmachtigde en de verzekeraar in strijd met de goede procesorde hebben gehandeld door na het doorlopen van de interne klachtprocedure en na het verweerschrift in de procedure bij Kifid, het verweer uit te breiden. Alle nieuwe verweren hadden al in de interne klachtprocedure en in elk geval in het verweerschrift van de verzekeraar kunnen en ook moeten worden aangevoerd.
- 3.5 De nieuwe afwijzingsgronden na verweer zijn te laat aangevoerd en de commissie zal die niet bij haar beoordeling betrekken.
- 3.6 De verweren van de verzekeraar over de termijn waarbinnen de schade dient te worden gemeld (artikel 6 van de voorwaarden), dat vooraf toestemming is vereist (artikel 5.4 van de voorwaarden), dat de verzekeraar te allen tijde het recht heeft de verzekering te beëindigen (artikel 17.3 van de voorwaarden), dat het recht op vergoeding van medische kosten nooit langer is dan 365 dagen (artikel 2.1 Pakket I Rubriek C van de voorwaarden), dat de kosten aan de medisch adviseur van de verzekeraar moeten worden voorgelegd (artikel 3.1 van Pakket I Rubriek A van de voorwaarden), dat de verzekerde al het mogelijke moet doen om de schade te beperken (artikel 5.2 van de voorwaarden) en dat de kosten niet zijn gedekt omdat deze te verwachten zijn, mag de verzekeraar dan ook niet meer aanvoeren ter beperking van de uitkering onder de verzekering. Deze verweren worden bij de beoordeling van de klacht buiten beschouwing gelaten.

² Zie ook uitspraak GC Kifid 2021-0181.

- 3.7 Dit betekent dat de commissie alleen zal beoordelen of de consumenten geen aanspraak meer kunnen maken op dekking omdat de dekkingsperiode van 180 dagen is verstreken en zij niet tijdig aanspraak hebben gemaakt op vergoeding van kosten onder de verzekering. Ook zal de commissie de vraag beantwoorden of de verzekering kon worden beëindigd op grond van artikel 19 van de voorwaarden.

De afspraken tussen partijen

- 3.8 Uitgangspunt bij de beoordeling van de vraag of de kosten die de consumenten claimen zijn gedekt onder de reisverzekering, zijn de voorwaarden. Daarin is vastgelegd wat partijen met elkaar hebben afgesproken.
- 3.9 De dekkingsperiode van de consumenten is 180 dagen. Naar het oordeel van de commissie is het voldoende aannemelijk dat de echtgenoot binnen de termijn van 180 dagen na 17 mei 2017 ziek is geworden, omdat de consumenten binnen die periode medische kosten hebben gemaakt. Dit betekent dat de dekking van de verzekering op grond van artikel 19 van de voorwaarden in stand is gebleven tot de eerst mogelijke terugkeer van verzekerde. Omdat de echtgenoot nadat hij ziek is geworden niet meer fit to fly is verklaard door zijn behandelend artsen, is terugkeer naar Nederland niet mogelijk en is er nog steeds dekking onder de verzekering.
- 3.10 Dat de dekkingsperiode alleen kan worden verlengd als tijdig een beroep op de verzekering wordt gedaan volgt niet uit artikel 19 van de voorwaarden. Dat de consumenten (mogelijk) pas in een laat stadium voor het eerst een beroep op de verzekering hebben gedaan is daarom geen reden om hun dekking te onthouden

De slotsom

- 3.11 Artikel 19 van de voorwaarden biedt in dit geval geen ruimte voor de eenzijdige beëindiging van de verzekering door de gevolmachtigde. Dit betekent dat de verzekering in stand is gebleven en dat de verzekeraar de door de consumenten op de verzekering geclaimde kosten in beginsel moet vergoeden. De verzekeraar mag de geclaimde kosten uitsluitend afwijzen, indien en voor zover deze buiten de in de polis omschreven vergoedingen vallen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd de verzekering in kracht moet herstellen, de claim van de consumenten in behandeling moet nemen en de geclaimde en nog te claimen kosten volgens de verzekeringsvoorwaarden moet vergoeden.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage - Relevante bepalingen uit de Voorwaarden Aevitae Doorlopende Reis 12

Artikel 5 Algemene verplichtingen in geval van schade

*In geval van schade moet(en) **verzekerde** of zijn rechtverkrijgende(n) het volgende doen:*

(...)

5.2 *Al het mogelijke om de schade te beperken, alle aanwijzingen opvolgen van en alle medewerking verlenen aan de **Maatschappij** en **Aevitae Assistance** en verder niets doen dat de belangen van de **Maatschappij** en die van **Aevitae Assistance** zou kunnen schaden.*

(...)

5.4 *Om onder een afgesloten reisverzekering gemaakte kosten vergoed te krijgen is het in bepaalde gevallen noodzakelijk van de **Maatschappij** en/of **Aevitae Assistance** vooraf toestemming te krijgen voor het maken van deze kosten. Het gaat hierbij o.a. om:*

- vervoer per ambulance, taxi, ambulance-vliegtuig of een ander, niet openbaar vervoermiddel;

- (...)

- vervangend verblijf;

(...)

- ziekenhuisopname langer dan 24 uur;

(...)

In deze gevallen moet direct Aevitae Assistance gebeld worden, onder opgave van de verzekeringsgegevens.

(...)

Als verzekerde bovengenoemde verplichtingen niet nakomt zal de Maatschappij niet tot vergoeding/uitkering overgaan.

Artikel 6 Termijn waarbinnen schade gemeld moet worden

*Wanneer er iets gebeurt waarvoor men onder een afgesloten reisverzekering verzekerd is, moet deze gebeurtenis binnen de volgende termijn door **verzekerde** of diens rechtverkrijgende(n) bij de **Maatschappij** gemeld worden:*

(...)

6.2 *Als **verzekerde** langer dan 24 uur in een ziekenhuis moet worden opgenomen: binnen 7 dagen na opname (schriftelijk (post, fax of e-mail)).*

6.3 *In alle andere gevallen: binnen 28 dagen na de eerste terugkeer in Nederland (schriftelijk (post, fax of e-mail) melden).*

6.4 Als de schade niet op tijd bij de **Maatschappij** is aangemeld, keert de **Maatschappij** niet uit, tenzij **verzekerde** of zijn rechtverkrijgende(n) kunnen aantonen dat zij er in redelijkheid niets aan konden doen dat te laat werd gemeld. In ieder geval vervalt het recht op vergoeding/uitkering onherroepelijk, indien de schademelding niet binnen uiterlijk 180 dagen na de gebeurtenis door de **Maatschappij** is ontvangen.

Artikel 17 Aanvang, geldigheidsduur en einde van de verzekering

(...)

17.3 De **Maatschappij** is gerechtigd de verzekering te allen tijde schriftelijk op te zeggen. In dat geval zal de verzekering na 2 maanden, gerekend vanaf de datum van opzegging, eindigen. **Verzekeringnemer** heeft dan recht op terugbetaling van een evenredig deel van de reeds betaalde premie.

(...)

17.5 De verzekering eindigt automatisch zodra **verzekerde** zich buiten Nederland vestigt.

Artikel 19 Dekkingsperiode

Binnen de geldigheidsduur van de verzekering vangt de dekkingsperiode telkens aan zodra **verzekerde** en/of zijn bagage de woning of het verblijf verlaten en eindigt zodra **verzekerde** en/of zijn bagage hierin weer terugkeren. De dekkingsperiode eindigt bovendien direct na een aaneengesloten periode van reizen en/of verblijf van 60 dagen. **Verzekerde** moet binnen deze termijn zijn teruggekeerd in zijn woning/verblijf in Nederland. Van deze termijn wordt uitsluitend afgeweken doordat het openbaar vervoer waarmee **verzekerde** reist vertraging krijgt of doordat er iets gebeurt waartegen men verzekerd is; in dat geval blijft de dekking automatisch geldig tot de eerst mogelijke terugkeer van **verzekerde**.

Bijzondere Clausules

Indien uit de invulling van de polis blijkt dat hiervoor dekking is verleend, is/zijn de volgende clausule(s) van toepassing.

(...)

Clausule II 180 DAGEN

In tegenstelling tot hetgeen vermeld wordt in de Algemene Bepalingen eindigt de dekkingsperiode van de verzekering na een aaneengesloten periode van reizen en/of verblijf van 180 dagen.

Pakket I Rubriek A Medische Kosten

De dekking van deze rubriek is uitsluitend van kracht indien en voorzover er geen of onvoldoende dekking bestaat onder de ziektekostenverzekering van verzekerde.

Artikel 3 Ziekte, ongeval of vermissing van een verzekerde

Wanneer **verzekerde** in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt, vergoedt de **Maatschappij**:

- 3.1** Aan **verzekerde** alsmede aan zij meereizende gezinsleden en één reisgenoot op voorwaarde dat deze kosten naar het oordeel van de door de Maatschappij ingeschakelde arts medisch noodzakelijk zijn en het directe gevolg van de ziekte of je ongeval is:
- a. De noodzakelijke extra kosten van verblijf tijdens de dekkingsperiode van de verzekering;
 - b. De noodzakelijke kosten van extra verblijf tijdens de dekkingsperiode van de verzekering.
 - c. De noodzakelijke kosten van de terugreis maar de woon- of verblijfplaats in Nederland met een ambulance, taxi of openbaar vervoermiddel, voor zover deze kosten hoger zijn dan die van de oorspronkelijke voorgenomen terugreis.
- (...)

Pakket 1 Rubriek C Medische Kosten

De dekking van deze rubriek is uitsluitend van kracht indien en voorzover er geen of onvoldoende dekking bestaat onder de ziektekostenverzekering van verzekerde.

Artikel 2 Vergoeding van medische kosten in het buitenland

De **Maatschappij** vergoedt:

- 2.1** De in artikel 1 genoemde kosten van medische hulp in het buitenland. Deze vergoeding gaat in op de dag dat de behandeling begint en loopt tot de eerst mogelijke terugkeer van **verzekerde** in Nederland. **Verzekerde** heeft nooit langer dan 365 dagen recht op vergoeding.