

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0740

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. R.A. Blom, secretaris)

Datum uitspraak	2 oktober 2023
Klacht van	De consument
Tegen	AWP P&C S.A., h.o.d.n. Allianz Global Assistance, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Reisverzekering. De consument vordert dat de verzekeraar de schade die hij opliep als gevolg van een skiongeval volledig vergoedt. De verzekeraar stelt dat de vergoeding van de kosten onder de verzekering zijn uitgesloten omdat de consument vooraf geen toestemming heeft gevraagd om die kosten te mogen maken en omdat de operatie kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. De commissie oordeelt dat de verzekeraar de dekking onder de verzekering mocht afwijzen.

I. Procedure

- I.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar en 3) de aanvullende informatie van de verzekeraar.
- I.2 De consument is in de gelegenheid gesteld om een reactie in te dienen. Ondanks herhaalde verzoeken heeft hij ruimschoots na het verstrijken van de termijn een reactie ingediend. De commissie heeft besloten de te late reactie niet aan het dossier toe te voegen.
- I.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.
- I.4 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft een reisverzekering via zijn tussenpersoon bij de verzekeraar gesloten. Op de verzekering zijn de voorwaarden Algemene Voorwaarden (hierna: de algemene voorwaarden), de Bijzondere Voorwaarden Doorlopende (dubbel-zeker) Annuleringsverzekering (hierna: de annuleringsvoorwaarden) en de Bijzondere Voorwaarden Doorlopende Particulieren Reisverzekering (hierna: de reisvoorwaarden) van toepassing. Daarin staat, voor zover van belang voor de beoordeling van dit geschil, het volgende:

“Algemene voorwaarden

(...)

*5.4 Om onder een afgesloten reisverzekering gemaakte kosten vergoed te krijgen is het in bepaalde gevallen noodzakelijk van de **Maatschappij** en/of de **Alarmcentrale** 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;*
- *het uitvallen en/of huren van een vervoermiddel;*
- *extra terugreiskosten naar Nederland;*
- *vervangend verblijf;*
- *een ernstig ongeval;*
- *ziekenhuisopname langer dan 24 uur;*
- *overlijden.*

In deze gevallen moet direct de Alarmcentrale gebeld worden, onder opgave van de verzekeringsgegevens.”

(...)

Bijzondere Voorwaarden Doorlopende Particulieren Reisverzekering

(...)

Rubriek IV Medische Kosten

(...)

Artikel 8. Bijzondere uitsluitingen

Verzekerde is niet tegen medische kosten verzekerd in de navolgende gevallen:

(...)

8.4. De kosten van een operatie worden niet vergoed als deze operatie uitgesteld had kunnen worden tot na terugkeer in Nederland.”

2.2 Op 8 maart 2022 heeft de consument tijdens zijn skivakantie in Spanje een skiongeval gehad. De consument heeft contact opgenomen met de alarmcentrale van de zorgverzekering; Eurocross. Vervolgens is hij op 10 maart 2022 aan zijn schouder geopereerd in Spanje.

- 2.3 Via zijn tussenpersoon heeft de consument op 29 maart 2022 een claim ingediend bij de gevolmachtigde van de verzekeraar voor vergoeding van de kosten van de operatie die niet door zijn zorgverzekeraar zijn vergoed, een vergoeding van de kosten voor zijn niet genoten vakantiedagen en kosten voor de behandeling in Nederland.
- 2.4 Bij brief van 23 augustus 2022 heeft de gevolmachtigde de consument geïnformeerd dat de verzekeraar dekking weigert.
- 2.5 Bij brief van 26 januari 2023 heeft de gevolmachtigde de consument per mail bericht dat de maximale kosten voor annulering dan wel het voortijdig afbreken van de reis van € 1.500,- aan de consument onverplicht worden vergoed. De verzekeraar handhaaft zijn standpunt dat de overige kosten niet worden vergoed.
- 2.6 De consument kan zich niet verenigen met het standpunt van de verzekeraar en heeft een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.7 De consument vordert dat hij volledig schadeloos wordt gesteld voor de schade die hij opliep als gevolg van het skiongeval. Het gaat om een bedrag van € 15.600,-. Ter onderbouwing van zijn vordering voert hij de volgende argumenten aan.
- 2.8 Op aanraden van de artsen in Spanje, het medisch advies dat de consument had ingewonnen in Nederland en de medische informatie op het internet, heeft de consument besloten om zich in Spanje te laten opereren. Uitstel van de operatie had gevolgen kunnen hebben voor zijn arbeidsgeschiktheid. Het argument van de verzekeraar dat volgens zijn medisch adviseur de operatie tot in Nederland kon worden uitgesteld is dan ook onjuist.
- 2.9 Het contact met Eurocross verliep moeizaam. Eurocross gaf aan dat de operatie geen spoed had en planbaar was in Nederland, maar Eurocross kon geen garantie geven dat hij diezelfde week in Nederland kon worden geopereerd. De consument voelde zich niet serieus genomen door Eurocross en kreeg maar weinig informatie. Dit heeft hem ook doen besluiten om de operatie in Spanje te laten uitvoeren.
- 2.10 De consument heeft geprobeerd contact te leggen met zijn reisverzekering, maar die gaf aan hem niet te kunnen helpen omdat de zaak bij Eurocross, de alarmcentrale van zijn zorgverzekeraar, lag. De verzekeraar kan nu niet opeens de claim afwijzen met een beroep op de voorwaarden want eerder heeft de verzekeraar hem niet willen helpen.
- 2.11 Bovendien heeft de consument juist voor dit soort situaties een verzekering gesloten en dient de verzekeraar hem dus volledig schadeloos te stellen.

Het verweer

- 2.12 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

- 2.13 Op grond van de voorwaarden worden de kosten voor een operatie alleen vergoed als hiervoor toestemming is gevraagd en de operatie niet kon worden uitgesteld tot bij terugkeer in Nederland. Nu tegen het advies van Eurocross is besloten zich in Spanje te laten opereren, terwijl Eurocross heeft aangegeven dat de operatie planbaar was en kon worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, komen de meerkosten op grond van de voorwaarden niet voor vergoeding in aanmerking.
- 2.14 De kosten worden ook niet vergoed omdat de verzekering alleen dekking biedt voor een operatie die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland. Dat de operatie kan worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland volgt uit het advies van Eurocross en wordt ook onderschreven door de medisch adviseur van de verzekeraar:

“Volgens onze medische adviseur wordt het letsel zoals bij betrokkene het geval was vaak niet operatief behandeld [wordt behandeld]. Meestal wordt eerst afgewacht en wordt eventueel later geopereerd als het herstel niet goed genoeg verloopt. Ook als wél besloten meteen te opereren, kan dat binnen 6 weken na het letsel. Van spoed, in die zin dat betrokkene in Spanje geopereerd moest worden, is dus niet gebleken. Terugreizen naar Nederland was mogelijk, met een arm in een draagdoek (...).”

3. De beoordeling

- 3.1 Partijen discussiëren over de vraag of kosten voor de operatie die niet door de zorgverzekeraar zijn vergoed onder de dekking van de verzekering vallen. De consument stelt dat dit het geval is. De verzekeraar betwist dit met een beroep op de voorwaarden en stelt dat de consument geen recht heeft op vergoeding van deze schade omdat vooraf geen toestemming voor de operatie bij de verzekeraar is gevraagd en de operatie kon worden uitgesteld tot na terugkeer naar Nederland.
- 3.2 De commissie merkt voor de volledigheid op dat zij niet bevoegd is om de klacht over het handelen van Eurocross, de alarmcentrale van de zorgverzekeraar, te beoordelen. De commissie beperkt zich daarom tot de klacht over de verzekeraar.

Juridisch kader

- 3.3 Of de schade van de consument onder de dekking van de verzekering valt, hangt af van wat de voorwaarden hierover bepalen. Het staat de verzekeraar in beginsel namelijk vrij om de grenzen te bepalen waarbinnen hij dekking wil verlenen. Partijen zijn die door de verzekeraar in de voorwaarden begrensde dekking overeengekomen.¹

¹ Zie onder andere overweging 3.4.2 van het arrest van de Hoge Raad van 9 juni 2006, ECLI:NL:HR:2006:AV9435, te raadplegen op www.rechtspraak.nl.

Geen vergoeding van de ziektekosten

- 3.4 In artikel 5.4 van de algemene voorwaarden staat dat voor vergoeding van bepaalde kosten het noodzakelijk is om vooraf toestemming te vragen en daarom direct de alarmcentrale te bellen. Hieronder valt een ziekenhuisopname van meer dan 24 uur. In artikel 8, van rubriek 4 'medische kosten' van de reisvoorwaarden zijn van vergoeding uitgesloten de kosten voor een operatie die uitgesteld had kunnen worden tot na terugkeer in Nederland. Wat in artikel 5.4 van de algemene voorwaarden en artikel 8 van rubriek 4 van de reisvoorwaarden staat, moet in onderlinge samenhang worden gelezen. Dit is de systematiek van de voorwaarden. Er bestaat alleen dekking voor vergoeding van de meerkosten van de operatie in het geval de verzekerde vooraf toestemming aan de alarmcentrale of verzekeraar heeft gevraagd om de kosten te maken én de operatie niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Uit deze artikelen volgt naar het oordeel van de commissie dus duidelijk waarvoor wel en waarvoor geen dekking bestaat.
- 3.5 De consument stelt, en dat is ook niet weersproken door de verzekeraar, dat hij heeft geprobeerd contact te leggen met de alarmcentrale van de verzekeraar, maar dat dit niet is gelukt omdat de verzekeraar aangaf dat het dossier al bij de alarmcentrale van de zorgverzekeraar lag. Dat de consument vooraf geen toestemming heeft gevraagd voor het maken van de kosten, kan de consument in beginsel niet worden tegengeworpen. Echter, vast staat ook dat de alarmcentrale van de zorgverzekeraar goedkeuring heeft onthouden om de operatie in Spanje te ondergaan omdat de operatie tot na terugkeer in Nederland kon worden uitgesteld. Desondanks heeft de consument toch de operatie in Spanje ondergaan. Hierdoor is voldoende aannemelijk dat als de consument toestemming bij de verzekeraar had gevraagd en de verzekeraar toestemming had onthouden de consument de operatie alsnog had ondergaan.
- 3.6 Bovendien had de consument op basis van het advies van Eurocross en de reisvoorwaarden behoren te weten dat de meerkosten voor de operatie op grond van artikel 8, rubriek 4 van de reisvoorwaarden ook niet door de verzekeraar zouden worden vergoed als de operatie tot na terugkeer in Nederland kon worden uitgesteld. Nu zowel Eurocross als de medisch adviseur van de verzekeraar hebben bevestigd dat de operatie tot na terugkeer in Nederland kon worden uitgesteld, is de enkele betwisting van de consument dat hij in Nederland medische kennis heeft ingewonnen die hem bevestigde dat hij direct moest worden geopereerd, onvoldoende. Het had op de weg van de consument gelegen om dit te onderbouwen met verklaringen van de medici die hem hebben geadviseerd of een medische expertise waaruit blijkt dat de operatie niet kon worden uitgesteld. De verzekeraar heeft de meerkosten voor de operatie mogen afwijzen met een beroep op de uitsluiting in artikel 8 onder rubriek 4 van de reisvoorwaarden.

Geen vergoeding van de overige gevorderde kosten

- 3.7 De consument vordert daarnaast vergoeding van de niet genoten vakantiedagen en niet kunnen werken na het ongeval.
- 3.8 Op grond van artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering geldt als uitgangspunt dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten haar stelling moet bewijzen. De consument moet dus bewijzen dat hij op grond van de verzekeringsovereenkomst recht heeft op vergoeding van deze kosten. De commissie oordeelt dat de consument op geen enkele wijze aannemelijk heeft gemaakt dat deze kosten voor vergoeding in aanmerking komen.

Slotsom

- 3.9 De consument heeft geen recht op vergoeding van de door hem gevorderde kosten van € 15.600,-. De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl