

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0173

(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	26 februari 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Cover Genius Europe B.V., h.o.d.n. XCover.com, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de gevolmachtigde
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

Samenvatting

Reis- en annuleringsverzekering. De consument heeft op vakantie in de Dominicaanse Republiek hartklachten gekregen waarvoor hij een arts heeft bezocht. De medische kosten en overige kosten in verband met het uitstellen van de terugreis heeft hij bij de gevolmachtigde geclaimd. De gevolmachtigde heeft de claim afgewezen omdat uit de medische stukken onvoldoende zou blijken dat er een medische noodzaak was om de terugreis uit te stellen. Na zijn verweerschrift in de procedure bij Kifid heeft de gevolmachtigde nieuwe, aanvullende verweren aangevoerd. Dat is te laat. De commissie oordeelt dat de medische noodzaak voldoende is aangetoond. De vliegtickets die de consument heeft betaald voordat hij een arts heeft bezocht komen niet voor vergoeding in aanmerking. De vordering wordt gedeeltelijk toegewezen.

1. Procedure

- 1.1 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) de aanvullende stukken van de consument;
 - 3) de brief van de gevolmachtigde van 13 september 2024;
 - 4) de reactie daarop van de consument van 4, 9 (tweemaal) en 11 oktober 2024;
 - 5) het verweerschrift van de gevolmachtigde;
 - 6) de repliek van de consument;
 - 7) de dupliek van de gevolmachtigde;
 - 8) de na zitting ontvangen keuze van de gevolmachtigde voor een bindend advies.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 december 2024. Op de hoorzitting was [naam 1], vader van de consument, aanwezig. De consument was telefonisch aanwezig. De gevolmachtigde werd vertegenwoordigd door [naam 2], Associate Director Compliance EMEA.

- 1.3 De consument en de gevolmachtigde 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 is houder van een Revolut Premium Plan. Onderdeel hiervan is een reis- en annuleringsverzekering (hierna: de verzekering). Hierbij geldt Revolut als verzekeringnemer en de consument als verzekerde. De risicodrager van de verzekering is Cowen Insurance Company Limited. Relevante bepalingen van de verzekeringsvoorwaarden staan in de bijlage van deze uitspraak.
- 2.2 Op 10 september 2023 zijn de partner van de consument en hun zoon voor vakantie naar de Dominicaanse Republiek gevlogen. De consument is hen op 15 september 2023 achterna gereisd. Zijn partner en hun zoon zouden op 17 september 2023 terugvliegen naar [naam land], waar zij destijds woonden. De terugvlucht van de consument stond gepland voor 24 september 2023. Omdat de consument last kreeg van benauwdheid en hartkloppingen, zijn alle terugvluchten uitgesteld en nieuwe vliegtickets geboekt met als vertrekdatum 8 oktober 2023. Op 5 oktober 2023 ging het echter zo slecht met de consument, dat hij is afgevoerd met een ambulance. In kliniek [naam kliniek] heeft een arts de diagnose onstabiele angina pectoris (onstabiele hartkramp) vastgesteld nadat de consument verschillende onderzoeken had ondergaan. De consument heeft medicijnen voorgeschreven gekregen. Omdat de kliniek cash betaald wilde worden, heeft de vader van de consument contact opgenomen met medische hulpdienst MedCon van de gevolmachtigde. Vanwege de klachten van de consument is de terugvlucht wederom uitgesteld, waardoor ook weer nieuwe vliegtickets moesten worden gekocht. Op 14 oktober 2023 is de consument met zijn gezin teruggevoerd naar [naam land].
- 2.3 Op 17 oktober 2023 heeft de consument een gemotiveerde claim bij de gevolmachtigde ingediend. Op 7 november 2023 heeft de gevolmachtigde de claim afgewezen, omdat de consument niet vanuit Europa op vakantie zou zijn gegaan of naar Europa was teruggekeerd. Toen dit onjuist bleek te zijn, is de gevolmachtigde de claim toch verder gaan behandelen. De gevolmachtigde heeft hierna op 17 november 2023 aanvullende stukken bij de consument opgevraagd en meegedeeld dat hij van mening is dat de consument niet in de Dominicaanse Republiek, maar in [naam land] is behandeld.
- 2.4 Bij brief van 17 januari 2024 heeft de huisarts van de consument in [naam land] bevestigd dat door een arts in de Dominicaanse republiek de diagnose onstabiele angina pectoris bij de consument is gesteld en dat de consument de huisartsenpraktijk niet eerder heeft bezocht voor soortgelijke klachten.
- 2.5 Op 9 januari 2024 heeft de consument voor het eerst een klacht ingediend.

Op 19 januari 2024 heeft hij opnieuw een klacht ingediend. Op 6 februari 2024 heeft de gevolmachtigde wederom om aanvullende informatie gevraagd en op 3 april 2024 ontving de consument het bericht van de gevolmachtigde dat hij nog steeds bezig was om de claim te beoordelen. De consument heeft daarom op 26 mei 2024 een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.6 De consument vindt dat de gevolmachtigde ten onrechte zijn schade niet vergoedt. Hij vordert alleen de kosten die hij vanaf 5 oktober 2023 heeft gemaakt, namelijk € 1.944,17 in verband met de retourtickets op 8 en 17 oktober 2023, extra boodschappen, taxi- en verblijfskosten en daarnaast 29.359,20 Dominicaanse peso (koers per oktober 2023: 1 DOP = € 0,016, oftewel circa € 470,-) voor de medische kosten. De consument vordert wettelijke rente vanaf 1 januari 2024. Ter onderbouwing van zijn vordering voert hij het volgende aan.
- 2.7 De consument vindt dat hij voldoende heeft toegelicht en met stukken onderbouwd dat en waarom dat hij recht heeft op dekking. De gevolmachtigde heeft echter bij herhaling om stukken gevraagd die consument al bij het indienen van de claim heeft ingediend. Inmiddels heeft de gevolmachtigde al verschillende keren alle bewijsstukken ontvangen. Ook heeft de gevolmachtigde bij herhaling gevraagd of de consument en zijn partner en zoon wel één gezin vormen. Hij moest zelfs het samenlevingscontract en een uittreksel uit het gezagsregister over hun zoon overleggen. Dit is onredelijk en onnodig belastend. Het standpunt van de gevolmachtigde dat de consument naar de Dominicaanse Republiek zou zijn gegaan om zich voor zijn hartklachten te laten behandelen is zelfs stuitend en schofferend. Hij had niet eerder hartklachten en bovendien is de Dominicaanse Republiek een derdewereldland.
- 2.8 De arts ter plaatse heeft aanbevolen om pas weer te reizen als hij zich goed genoeg voelde. Dit is de reden dat hij de vlucht van 8 oktober 2023 niet heeft genomen. De consument heeft navraag gedaan, maar niemand kan achteraf nog bewijs leveren dat de arts heeft geadviseerd om niet te vliegen. Als de consument zich bij de gate had gemeld en had aangegeven dat hij zich niet goed voelde vanwege zijn angina, dan had hij niet mogen vliegen.
- 2.9 De consument beklaagt zich ook over de duur van de beoordeling van zijn claim. Volgens de consument heeft het veel te lang geduurd. Ook werd er niet op zijn klacht gereageerd. Volgens de consument hanteert de gevolmachtigde een ontmoedigingsbeleid.
- 2.10 De consument vindt dat hij recht heeft op vergoeding van de medische kosten. Coullance is daarom niet aan de orde.

Het verweer

- 2.11 De gevolmachtigde voert de volgende verweren.

- 2.12 Alleen de kosten die de consument na het bezoek aan een arts heeft gemaakt komen voor vergoeding in aanmerking. Wat betreft de medische kosten heeft de gevolmachtigde coulancehalve en op basis van het Spaanse anamneseverslag ermee ingestemd om alleen de medische kosten te betalen.
- 2.13 Overige reiskosten komen echter niet voor vergoeding in aanmerking, omdat medisch bewijs van de betreffende kliniek in het buitenland ontbreekt waaruit blijkt dat sprake was van een noodzaak om de terugreis uit te stellen. Dit vereiste staat in de voorwaarden.
- 2.14 De gevolmachtigde heeft MedCon ingeschakeld om te proberen de consument te helpen bij het verzamelen van bewijs. De medische instelling die de consument in het buitenland heeft geholpen, verstrekt echter alleen informatie aan de betreffende patiënt of zijn of haar naaste familie.
- 2.15 Bij dupliek heeft de gevolmachtigde zijn verweren als volgt aangevuld:
- 2.16 Het geleverde bewijs van de door de consument gemaakte kosten bevat geen gedetailleerde uitsplitsing van de uitgevoerde onderzoeken. Hierdoor kan niet worden beoordeeld of de onderzoeken noodzakelijk en redelijk waren. Ook dit is een vereiste volgens de voorwaarden. De gemaakte medische kosten en behandelingen die de consument heeft gehad komen niet overeen met ernstige cardiale symptomen en daarom zijn deze niet noodzakelijk of redelijk.
- 2.17 De consument heeft de medische noodzaak van het uitstellen van zijn terugreis niet aangetoond. In de medische informatie die de consument heeft verstrekt wordt enkel een algemene diagnose gesteld, die geen medische noodzaak of een ernstig hartprobleem bevestigt en wordt slechts rust en een vetarm dieet bevolen. Ondanks het ontbreken van een diagnose en behandelplan, heeft de consument pas in januari 2024 zijn huisarts bezocht.
- 2.18 De gevolmachtigde vraagt zich af of de consument nalatig heeft gehandeld door niet eerder om medische hulp te vragen. Daarnaast hadden de kosten kunnen worden beperkt als hij eerder contact had opgenomen met de Assist-lijn.
- 2.19 Ter zitting heeft de gevolmachtigde aangevoerd dat niet is vast komen te staan dat de consument angina pectoris heeft gehad, omdat in dat geval andere onderzoeken zouden zijn uitgevoerd en hogere kosten hadden moeten worden gemaakt.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De vraag ligt voor of de gevolmachtigde dekking moet verlenen voor de schade van de consument. De commissie ziet aanleiding om eerst te bespreken of de gevolmachtigde zijn afwijzingsgronden op tijd in de procedure heeft aangevoerd.

Heeft de gevolmachtigde de afwijzingsgronden mogen aanvullen?

- 3.2 In het arrest OHRA/Goilo¹ heeft de Hoge Raad overwogen dat vanwege de aard van de verzekeringsovereenkomst, de eisen van redelijkheid en billijkheid onder omstandigheden kunnen meebrengen dat de verzekeraar niet mag terugkomen op een eerder ingenomen afwijzingsgrond of alsnog een nieuwe afwijzingsgrond mag aanvoeren. Daarbij is onder meer van belang de mate van precisie van de aanvankelijk aangevoerde grond, de mate van stelligheid waarmede 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. 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 volgende omstandigheden zijn hier relevant.²
- 3.3 De gevolmachtigde heeft in eerste instantie en bij herhaling aangevoerd dat uit de medische stukken onvoldoende blijkt dat er een medische noodzaak was om de terugreis uit te stellen en dat alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die de consument heeft gemaakt nadat hij een arts heeft bezocht. In de onderhavige procedure heeft de gevolmachtigde pas na zijn verweer aanvullende afwijzingsgronden aangevoerd. De stukken waarop de gevolmachtigde zijn aanvullende afwijzingsgronden baseert, heeft hij echter al vóór verweer en bij herhaling ontvangen. Van nieuwe feiten of omstandigheden was geen sprake. Op basis van deze omstandigheden is de commissie daarom van oordeel dat de consument in redelijkheid niet hoefde te verwachten dat de gevolmachtigde zijn afwijzing op meer baseerde dan dat uit de medische stukken ter plaatse diende te blijken dat sprake was van een noodzaak om de terugreis uit te stellen en dat alleen kosten voor vergoeding in aanmerking komen die zijn gemaakt nadat de consument een arts heeft geraadpleegd. De gevolmachtigde heeft hiervoor verwezen naar de bepaling in de voorwaarden waarin staat dat er bescherming is als u of een tickethouder de reis moet annuleren of opnieuw moet plannen vanwege de omstandigheden: ziekte, letsel, overlijden (inclusief Covid-19). In geval van ziekte of letsel moet een arts de medische noodzaak bevestigen om de reis te annuleren. De consument mocht er daarom van uitgaan dat de gevolmachtigde dekking zou bieden als deze afwijzingsgrond zou komen te vervallen.
- 3.4 Door het zo laat inbrengen van aanvullende afwijzingsgronden heeft de gevolmachtigde overigens ook in strijd met de goede procesorde gehandeld.
- 3.5 Het bovenstaande leidt ertoe dat de aanvullende afwijzingsgronden die de gevolmachtigde na zijn verweer nog heeft aangevoerd te laat zijn ingebracht. De commissie zal deze afwijzingsgronden daarom niet bij haar oordeel betrekken.

¹ Zie de uitspraak van de Hoge Raad van 3 februari 1989, ECLI:NL:HR:1989:AB8306, NJ 1990/476, te vinden op www.rechtspraak.nl.

² Zie ook uitspraak GC Kifid 2021-0985 en 2021-0181, te vinden op www.kifid.nl.

Heeft de consument recht op dekking onder de verzekering³?

- 3.6 De consument heeft zich op 5 oktober 2023 tijdens een vakantie in de Dominicaanse Republiek onder behandeling gesteld vanwege hartklachten. De behandelend arts heeft na onderzoek de diagnose onstabiele angina pectoris bij de consument gesteld. Deze diagnose is bevestigd door de huisarts van de consument in [naam land]. Dat een medische behandeling van de consument bij deze diagnose noodzakelijk was, is voldoende gebleken. Dit betekent dat de consument op grond van de voorwaarden onder de dekking met de naam 'Medische bescherming' recht heeft op vergoeding van zijn – overigens zeer beperkte – medische kosten. Van coulance zijdens gevolmachtigde is geen sprake.
- 3.7 Onderdeel van voornoemde dekking is de vergoeding van extra gemaakte verblijfs- en vervoerskosten. De consument heeft daarom ook recht op vergoeding van de door hem gevorderde taxi- en verblijfskosten. De vordering tot vergoeding van de kosten van boodschappen komt evenwel niet voor toewijzing in aanmerking; de voorwaarden bieden daarvoor geen grondslag.
- 3.8 Vervolgens dient de vraag te worden beantwoord of de consument recht heeft op vergoeding van de annuleringskosten van de twee sets vliegtickets (voor de terugreizen op 8 en 17 oktober 2023). De dekking voor deze kosten draagt de naam 'Reisannulering' in de voorwaarden. De commissie is van oordeel dat met de onder 3.6 genoemde diagnose in voldoende mate is vast komen te staan dat er een noodzaak was om de reis van 8 oktober 2023 te annuleren. De consument heeft daarom recht op vergoeding van de tickets die hij voor de terugreis op 17 oktober 2023 heeft gekocht. Dit geldt echter niet voor de tickets voor de reis op 8 oktober 2023 die hij niet heeft gebruikt, omdat hij op het moment van het boeken van deze tickets nog geen arts had geraadpleegd.

Wettelijke rente

- 3.9 De consument vordert wettelijke rente vanaf 1 januari 2024. Nu de commissie een deel van zijn vordering toewijst en de gevolmachtigde tegenover deze vordering geen verweer heeft gevoerd, zal de commissie de gevorderde wettelijke rente toekennen.

Ten overvloede

- 3.10 De commissie acht het van belang om de gevolmachtigde erop te wijzen dat in deze zaak bij herhaling een enorme hoeveelheid en steeds dezelfde stukken zijn opgevraagd, waaronder ook bewijsstukken over de gezinssamenstelling van de consument die een zeer persoonlijk karakter hebben en waarvan het de vraag is wat hiervan het nut is. Tijdens de behandeling van de claim heeft de gevolmachtigde de consument lang in onzekerheid gehouden en verder heeft hij telkens nieuwe afwijzingsgronden aangevoerd. De commissie acht deze handelwijze onbehoorlijk.

³ Zie de relevante bepalingen van de voorwaarden in de bijlage bij deze uitspraak.

Dat bij de consument het gevoel is ontstaan dat de gevolmachtigde ter afwikkeling van onwelgevallige claims een actief ontmoedigingsbeleid voert is niet zonder grond.

Ambtshalve toetsing

- 3.11 Voor de beoordeling van de klacht zijn de bedingen over 'Medische bescherming' en 'Reisannulering' van belang. Deze bedingen zijn door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht de bedingen niet in strijd met deze regelgeving.

Slotsom

- 3.12 Het bovenstaande brengt mee dat de gevolmachtigde toerekenbaar tekort is geschoten tegenover de consument. De klacht van de consument is gedeeltelijk gegrond en de vordering wordt deels toegewezen. Al het overige wordt afgewezen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de gevolmachtigde aan de consument een bedrag van € 1.233,76 en een bedrag van € 470,- moet vergoeden, voor zover de gevolmachtigde deze laatste kosten nog niet heeft vergoed. Met wettelijke rente vanaf 1 januari 2024 tot aan de dag van algehele voldoening. Alles binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd.

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 oktober 2023, 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 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

(....)

REISANNULERING

We vergoeden u voor:

- Geannuleerde, geen-vlucht, niet-restitueerbare reiskosten, annuleringskosten en omboekingskosten.
- Geannuleerde, niet restitueerbare vluchtkosten, annuleringskosten en omboekingskosten.

U BENT BESCHERMD ALS...

U of een tickethouder moet uw reis annuleren of opnieuw plannen vanwege een van de volgende omstandigheden:

1. Ziekte, letsel, overlijden (inclusief Covid-19) van u of een tickethouder. Een arts moet de medische noodzaak bevestigen om de reis te annuleren in geval van ziekte of letsel.
- (...)

MEDISCHE BESCHERMING

Neem zo snel als mogelijk contact op met XCover Assistent bij elk letsel als gevolg van een ongeval, ziekte of aandoening ziekte of aandoening waarvoor u in het ziekenhuis moet worden opgenomen of voordat er regelingen worden getroffen voor uw repatriëring. Wij vergoeden alleen klinische behandeling als dit medisch noodzakelijk is, wat betekent dat er geen diagnose kan worden gesteld of dat de behandeling niet veilig en effectief kan worden verleend op poliklinische basis of op dagbehandeling.

- U of iemand namens u dient contact met ons op te nemen voordat er regelingen worden getroffen voor uw repatriëring. Als wij het vervoer niet hebben toegestaan en georganiseerd, betalen wij slechts tot wat wij zouden hebben betaald als wij het hadden georganiseerd. We nemen geen verantwoording op ons voor vervoer dat wij niet hebben goedgekeurd of geregeld.
- We raden u sterk aan contact met ons op te nemen als u in een ziekenhuis moet worden opgenomen of een behandeling met hogere kosten moet ondergaan. Wij kunnen mogelijk betalingen garanderen of rechtstreekse facturering regelen binnen de grenzen van uw dekking 'Spoedeisende medische kosten' (onder voorbehoud van acceptatie door de medische zorgverlener).

We betalen voor de volgende medische behandelingskosten en aanverwante kosten die tijdens uw reis in het buitenland worden gemaakt als:

- U ziek wordt (dit geldt ook voor Covid-19) of u letsel oploopt en het noodzakelijk wordt dat u door een arts wordt behandeld om ernstige schade te voorkomen als dit niet voor uw terugkeer naar huis wordt behandeld, als ziekenhuispatiënt, in dagbehandeling of poliklinisch.
- We vergoeden alleen kosten die gebruikelijk en redelijk zijn volgens algemeen aanvaarde standaard medische procedures. Als we een claim als ongepast beschouwen, behouden we ons het recht voor uw claim te weigeren of het bedrag dat we betalen te verlagen.

Uw openstaande medische kosten worden betaald nadat we hebben geprobeerd terugbetaling te ontvangen via alternatieve bronnen zoals overeenkomsten inzake wederzijdse gezondheidszorg (deze zijn gebruikelijk in Europa, maar beperkt), particuliere ziektekostenverzekering, sociale zekerheid, wettelijke ziektekostenverzekering, of een andere aanbieder die u zou kunnen dekken.

(...)

Extra verblijfs- en vervoerskosten

Extra verblijfs- en vervoerskosten naar een medische instelling zijn gedekt.

- We vergoeden de verblijfs- en vervoerskosten voor u en/of een persoon die bij u blijft (of voor een reis uit uw thuisland om naar u toe te komen en bij u te blijven).
- wij vergoeden uw taxikosten naar de medische instelling.

We betalen ook de vervoerskosten (dezelfde klasse als die welke oorspronkelijk was geboekt) voor een vriend of familielid om naar u toe te reizen als u langer dan 72 uur in het ziekenhuis wordt opgenomen of aan een plotselinge levensbedreigende aandoening lijdt.

(...)

U BENT NIET BESCHERMT...

- Voor claims veroorzaakt door reeds bestaande medische aandoeningen zoals uiteengezet in de lijst met uitsluitingen in het gedeelte "Reeds bestaande medische aandoeningen".
- Voor eventuele kosten die u voorafgaand aan uw reis heeft gemaakt of voor eventuele zorg na afloop van uw reis.
- Voor alle kosten wanneer u reist tegen het advies van uw arts of onze arts in, of van een overheidsinstantie, inclusief lokale overheidsinstanties, nationale autoriteiten of de Wereldgezondheidsorganisatie.

- Voor alle kosten die worden gemaakt omdat de behandeling niet medisch noodzakelijk is om ernstige schade voor u te voorkomen voordat u naar huis terugkeert.
- Bij onjuist gebruik van medicatie.
- Als vóór uw reis te voorzien was dat er waarschijnlijk tijdens uw reis een claim zou optreden.
- Voor elke claim die voortvloeit uit voertuiggebruik waarbij u of de bestuurder van uw voertuig:
 - Niet beschikte over het benodigde rijbewijs, of
 - Niet mochten rijden of
 - Verkeersregels hebben overtreden.
- Voor alle niet-spoedeisende zorg of diensten in het algemeen en betaalt met name niet voor de volgende zorg en diensten in het bijzonder:
 - Vrijwillige cosmetische chirurgie of verzorging;
 - Jaarlijkse of routinematige onderzoeken of consultaties;
 - Langdurige zorg;
 - Allergie behandelingen (behalve bij levensbedreigende situaties);
 - Onderzoeken, consulten of zorg gerelateerd aan of verlies/beschadiging van gehoorapparaten, kunstgebitten, brillen en contactlenzen;
 - Fysiotherapie, revalidatie of palliatieve zorg (behalve indien nodig om u te stabiliseren);
 - Experimentele behandeling; en
 - Alle andere niet-dringende medische of tandheelkundige zorg.
- Als u zich tegen medisch advies in niet heeft laten vaccineren voor een aandoening (zoals, maar niet beperkt tot Covid-19), en u ziek wordt met die aandoening.

(...)

DEFINITIES

De volgende woorden of termen hebben overal met betrekking tot deze polis dezelfde betekenis, tenzij anderszins expliciet vermeld.

(...)

Ziekte/Ziek

plotselinge en onverwachte verslechtering van de gezondheidstoestand, met inbegrip van complicaties bij zwangerschap of bevalling, gecertificeerd door een arts.

Medische noodzakelijkheid

verwijst naar medische behandelingen, diensten of benodigdheden die aan de onderstaande criteria moeten voldoen:

1. Essentieel om uw medische aandoening, ziekte of letsel te identificeren of te behandelen;

2. Vereist vanwege uw symptomen, diagnose of behandeling van de onderliggende aandoening;
3. De behandeling moet in overeenstemming zijn met de algemeen aanvaarde medische praktijk en professionele zorgstandaarden in de medische gemeenschap op dat moment (dit geldt niet voor aanvullende behandelmethoden als deze deel uitmaken van uw dekking);
4. Vereist om andere redenen dan het comfort of gemak van u of uw arts;
5. De medische waarde moet bewezen en aangetoond zijn (dit geldt niet voor aanvullende behandelmethoden als deze onder uw dekking vallen);
6. Het moet gaan om het meest geschikte soort en niveau van dienstverlening of aanbod;
7. Het moet worden verstrekt in een geschikte instelling, in een passende setting en op een passend zorgniveau voor de behandeling van uw medische aandoening;
8. Het mag alleen voor een passende periode worden verstrekt.

De term 'gepast' die in deze definitie wordt gebruikt, heeft betrekking op: het in overweging nemen van patiëntveiligheid en kosteneffectiviteit.