

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-604
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop, drs. A. Paulusma- de Waal, arts
M&G RGA en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 12 juli 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : AWP P&C S.A., handelend onder de naam Allianz Global Assistance, gevestigd te
Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 21 augustus 2019
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Reis- en annuleringsverzekering. Tijdens hun vakantie heeft Consument, in verband met de ziekte van zijn echtgenote telefonisch contact opgenomen met Verzekeraar en diens Alarmcentrale ter bespreking van de mogelijkheid van een vervroegde terugkeer. Consument en zijn echtgenote hebben daarna gebruik gemaakt van een door hen zelf geboekte terugvlucht en zijn naar Nederland teruggekeerd. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar in zijn rol van Alarmcentrale te kort geschoten is in zijn informatieverplichting jegens Consument en van hem had mogen worden verwacht dat deze Consument er nadrukkelijk voor had gewaarschuwd dat voor de vraag of Consument aanspraak kon maken op vergoeding van de extra te maken reiskosten dan wel van de niet door hem gebruikte vakantiedagen, een medische beoordeling van belang zou zijn. Door dat nalaten is aan Consument de kans ontnomen om een juiste afweging te maken bij zijn besluit om vervroegd naar huis terug te keren dan wel om aan te tonen dat sprake is geweest van een (ernstige) ziekte in de zin van de algemene voorwaarden. Verzekeraar had Consument er bovendien op moeten wijzen dat, nu die medische beoordeling op dat moment niet plaats kon vinden, die dan wel zo spoedig mogelijk na aankomst in Nederland plaats diende te vinden. Vordering gedeeltelijk toegewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de na de hoorzitting ingezonden brief van Verzekeraar van 29 mei 2019;
- het e-mailbericht in reactie hierop van Consument van 17 juni 2019.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 10 april 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een doorlopende Reis- en Annuleringsverzekering afgesloten. Op de polis staan als verzekerden Consument en zijn echtgenote vermeld. Op de verzekering zijn van toepassing de algemene voorwaarden A-16A en de bijzondere voorwaarden Drav16. Onder de rubriek S.O.S.-kosten biedt de reisverzekering een vergoeding van extra reiskosten bij een eerdere terugreis naar Nederland als gevolg van een ziekte en/of ongeval. Kosten gemaakt zonder medische noodzaak zijn uitgesloten. Voor vergoeding van de extra reiskosten moet vooraf toestemming zijn gegeven door de Alarmcentrale. De annuleringsverzekering voorziet in een maximale vergoeding per verzekerde per reis van € 1.500,-. Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van het ongebruikte deel van de reissom als de reis wordt afgebroken in verband met een ernstige ziekte. Het begrip ernstige ziekte wordt in de voorwaarden gedefinieerd als een door een arts vastgestelde ziekte met een forse belasting voor lichaam en geest. Een medische behandeling is direct noodzakelijk.
- 2.2 Op 1 februari 2018 zijn Consument en zijn echtgenote, die al griepverschijnselen vertoonde voor aanvang van de reis, vertrokken naar Zuid-Afrika voor een golfvakantie van 12 dagen. Al na een paar uur vliegen verslechterde de gezondheidssituatie van de echtgenote van Consument. Na aankomst heeft zij een aantal dagen het bed moeten houden. Omdat zij zich niet in staat achtte om de te maken autorit van 500 km naar hun volgende reisbestemming af te leggen, heeft Consument de Gevolmachtigde van Verzekeraar als volgt bericht:

(...)

Momenteel zitten we in [REDACTED], in Zuid Afrika en zien we ons helaas genoodzaakt wegens ziekte van mijn echtgenote onze reis te moeten afbreken.

De reis is geboekt via [REDACTED]. Verdere gegevens kan ik jullie zo nodig opgeven.

We vragen ons af in hoeverre de kosten door onze reisverzekering worden gedekt.

Indmiddels is [REDACTED] voor ons aan het uitzoeken hoe snel we weer terug kunnen vliegen en/of dat er mogelijk nog een extra hotelovernachting rond Kaapstad niet worden geregeld.

[REDACTED] gaf de wenselijkheid aan om dit terstond aan de reisverzekering te melden. Dat doe ik dus bij deze. Helaas maar we moeten de feiten onder ogen zien. Zal graag van jullie vernemen. Vriendelijke groeten, [REDACTED]

- 2.3 De Gevolmachtigde heeft Consument hierna per e-mail van 5 februari 2018 als volgt bericht:

(...)

Hallo [REDACTED]

Wat ontzettend vervelend! Wij adviseren u om contact op te nemen met de alarmcentrale van Allianz Global Assistance, zodat zij het een en ander voor u kunnen regelen met enige spoed. Het telefoonnummer is [REDACTED].

Heel veel sterkte en als er wat mocht zijn, kunt u altijd contact met ons opnemen.

(...)

- 2.4 Consument heeft hierna op 6 februari 2018 telefonisch contact opgenomen met Verzekeraar en diens Alarmcentrale ter bespreking van de mogelijkheid van een vervroegde terugkeer.

- 2.5 Op 6 februari 2018 heeft de Alarmcentrale Consument als volgt per e-mail bericht:

(...)

Beste meneer (naam Consument),

Zoals afgesproken kunt u de kosten voor de nieuwe vlucht ter beoordeling van de schadeafdeling indienen door een mail te versturen naar [mailadres] onder vermelding van uw dossiernummer. Zij laten u dan weten of er vergoeding mogelijk is.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Allianz Global Assistance

(...)

- 2.6 Op 7 februari 2018 hebben Consument en zijn echtgenote gebruik gemaakt van een door hen zelf geboekte terugvlucht en zijn zij naar Nederland teruggekeerd. De echtgenote van Consument heeft zich hierna niet meer voor behandeling tot haar huisarts gewend.
- 2.7 Per schade-aangifteformulier van 6 maart 2018 heeft Consument een beroep gedaan op zijn reis- en annuleringsverzekering. Verzekeraar heeft Consument hierop uitkering uit hoofde van deze verzekering onthouden. Het is over dat standpunt van Verzekeraar dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.
- 2.8 Op de hoorzitting bij Kifid heeft Verzekeraar stellende daartoe niet verplicht te zijn Consument een bedrag van € 1.500,- aangeboden ter vergoeding van zijn schade. Op 11 april 2019 heeft Consument per e-mailbericht laten weten dat hij dat voorstel afwijst.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uit hoofde van de reis- en annuleringsverzekering vergoeding van de door hem gemaakte extra reiskosten ad € 2.153,06 alsmede vergoeding van de niet-genoten vakantiedagen ad € 5.472,49. In totaal ziet de vordering van Consument op een bedrag van € 7.626,-

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 verplichtingen uit hoofde van deze reis- en annuleringsverzekering. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Met de Alarmcentrale was afgesproken dat Consument zelf zou zorgdragen voor het boeken van een terugvlucht omdat de Alarmcentrale zelf dat op zo'n korte termijn niet kon regelen. De Alarmcentrale heeft wel degelijk toestemming gegeven.
- Consument belde alleen maar met de Alarmcentrale om er achter te komen wat hij moest ondernemen om te voldoen aan de voorwaarden van de verzekering. Consument betwist dat hij te horen heeft gekregen dat een arts moest worden bezocht terwijl hij daar wel naar heeft gevraagd. Consument heeft te kennen gegeven dat zijn reisbureau een optie had voor een snelle terugreis en hij had de vraag voorgelegd of hij daar gebruik van kon maken. De Alarmcentrale heeft daarop te kennen gegeven dat dat op zo'n korte termijn niet geregeld kon worden en gezegd dat Consument dan maar van die optie gebruik moest maken en dan na terugkomst de schade maar moesten voorleggen aan de maatschappij. Van enige noodzaak om een arts te raadplegen werd niet gerept. Consument verwacht van Verzekeraar dat deze hem juist en duidelijk over de voorwaarden had ingelicht. Als meest deskundige partij is het immers aan de medewerkers om er voor zorg te dragen dat in de communicatie met leken geen misverstanden kunnen ontstaan. De afloop zou dan ook anders voor hem zijn geweest. Met het cryptische e-mailbericht dat hij ontving van de Alarmcentrale ter bevestiging van het telefoongesprek, kon Consument dan ook niets.
- Er was wel degelijk sprake van een ziekte met een forse belasting voor lichaam en geest in de zin van de voorwaarden. Door de handelwijze van Verzekeraar kan Consument nu niet aantonen dat daarvan sprake is geweest.

Verweer Verzekeraar

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

- Toen Consument zich telefonisch bij de Alarmcentrale meldde, kreeg hij aanvankelijk te verstaan dat Consument ter plaatse een arts kon bezoeken. Nadat gebleken was dat Consument al zelf de terugreis had geboekt, kregen hij en zijn echtgenote het advies de kosten na terugkeer ter beoordeling in te dienen bij Verzekeraar.
- Verzekeraar kan geen geluidsband overleggen omdat het gesprek dat Consument met de Alarmcentrale heeft gevoerd niet is opgenomen. Gevraagd om een toelichting heeft de betreffende hulpverlener van de Alarmcentrale achteraf verklaard dat hij geen uitspraken doet over de medische noodzaak van een terugreis naar huis en dat hij Consument heeft uitgelegd dat een arts van het medisch team dat doet aan de hand van het medisch dossier dat een arts ter plekke heeft aangelegd. Consument had al contact gehad met het reisbureau over het omboeken van zijn vlucht en de terugreis bleek niet meer omgezet te kunnen worden. Consument was ongerust dat de Alarmcentrale een en ander niet zo snel zou kunnen regelen.

Hulpverlener heeft toen uitgelegd dat als Consument zelf zijn terugreis zou regelen hij de claim dan achteraf zou kunnen indienen. Daarbij zijn geen toezeggingen gedaan over een eventuele vergoeding.

- Consument heeft kennelijk naar aanleiding van het contact met de Alarmcentrale een bepaalde verwachting gekregen over de vergoeding door Verzekeraar. De keuze om eerder terug te keren heeft Consument echter zelf gemaakt. Op de reisbestemming heeft Consument geen arts bezocht en het medisch team van de Alarmcentrale heeft de medische situatie van Consument dus niet kunnen beoordelen. Een akkoord voor vergoeding van de extra gemaakte reiskosten is niet gegeven door de Alarmcentrale. Uit de stukken heeft Verzekeraar ook niet kunnen opmaken dat er sprake was van een ernstige ziekte in de zin van de voorwaarden van de verzekering. Indien Consument ter plaatse wel naar een arts was gegaan dan acht Verzekeraar het onwaarschijnlijk dat toestemming voor repatriëring zou zijn gegeven. Een medische noodzaak om terug te vliegen leek niet aanwezig en uiteindelijk is ook in Nederland geen medische behandeling gestart.

4. Beoordeling

- 4.1 De Commissie ziet zich gesteld voor de vraag of Verzekeraar Consument uit hoofde van de reis- en annuleringsverzekering terecht vergoeding van de door hem gemaakte extra reiskosten en het niet-gebruikte deel van zijn reissom heeft kunnen onthouden.
- 4.2 De klacht van Consument komt in de kern genomen hierop neer dat Verzekeraar tekort geschoten is in zijn informatieverplichting door hem tijdens het telefoongesprek op 6 februari 2018 niet te wijzen op de noodzaak om zich bij terugkomst in Nederland tot een arts te wenden teneinde alsnog (medisch) te kunnen beoordelen of werd voldaan aan de in de verzekeringsvoorwaarden gestelde criteria als het gaat om vervroegde terugkeer respectievelijk vergoeding van de niet gebruikte vakantiedagen.
- 4.3 De klacht van Consument treft naar het oordeel van de Commissie doel. De stelling van Consument dat hij de Alarmcentrale heeft gebeld met het enkele doel om duidelijkheid te verkrijgen over de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden, en meer in het bijzonder of hij in dit verband rechten aan zijn verzekering kon ontleen, heeft Verzekeraar onweersproken gelaten. De Commissie neemt dat dan ook als vaststaand aan. Dat zo zijnde had van Verzekeraar in zijn rol als Alarmcentrale mogen worden verwacht dat deze Consument er nadrukkelijk voor had gewaarschuwd dat voor de vraag of Consument aanspraak kon maken op vergoeding van de extra te maken reiskosten dan wel van de niet door hem gebruikte vakantiedagen, een medische beoordeling van belang zou zijn. En daarmee, de kans aanwezig was dat Consument voor eigen rekening en kosten terug zou vliegen naar huis.

Verzekeraar had Consument er bovendien op moeten wijzen dat, nu die medische beoordeling op dat moment niet plaats kon vinden, die dan wel zo spoedig mogelijk na aankomst in Nederland plaats diende te vinden. Alleen dan zou Consument wellicht nog kunnen aantonen dat hij voldeed aan het gestelde in de verzekeringsvoorwaarden. Daarmee zou hij Consument in staat hebben gesteld om een juiste financiële afweging te maken bij het nemen van zijn besluit om vervroegd naar huis terug te keren. Consument had zich er in dat geval ook bewust van kunnen zijn wat van hem bij terugkeer in Nederland zou worden verwacht anders dan op een niet nader door de Alarmcentrale van Verzekeraar aangegeven moment, “een claim” in te dienen. De inhoud van het aan Consument gerichte e-mailbericht van 6 februari 2018 dat de Alarmcentrale Consument stuurde ter bevestiging van hetgeen even daarvoor telefonisch met hem was besproken, getuigt echter noch van een nadrukkelijke waarschuwing - Let op! Het kan goed zijn dat u geheel voor eigen kosten en risico terugvliegt! - noch van een advies om zich zo snel mogelijk na terugkeer in Nederland tot een arts te wenden. Verzekeraar heeft weliswaar gesteld dat dat in het telefonisch onderhoud wel degelijk aan de orde is geweest dat een medische beoordeling zou moeten plaatsvinden maar bij gebreke van enig bewijs van zijn stelling, bijvoorbeeld in de vorm van een geluidsband van het betreffende gesprek, moet de Commissie het ervoor houden dat die aspecten niet aan de orde zijn geweest. Een en ander klemmt naar het oordeel van de Commissie des te meer nu Verzekeraar - gezien het door hem gevoerde verweer dat noch voor de terugreiskosten noch voor de annuleringskosten sprake leek te zijn van een ziekte in de zin van de verzekeringsvoorwaarden - kennelijk wel in staat is geweest om zich medisch gezien tijdens dat telefonisch onderhoud met Consument op 6 februari 2018 enigszins een beeld te vormen van de medische situatie van de echtgenote van Consument. Nu op grond daarvan op zijn minst betwijfeld zou moeten worden of vergoeding uit hoofde van de verzekering aan de orde zou zijn, had de Alarmcentrale dat vermoeden onmiskenbaar tegenover Consument moeten uitspreken en bevestigen in het e-mailbericht van 6 februari 2018.

4.4 Gezien het bovenstaande is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar uit hoofde van de op hem rustende zorgplicht als goed en redelijk handelend verzekeraar, te kort is geschoten in zijn informatieverplichting jegens Consument. Door dat nalaten is aan Consument de kans ontnomen om een juiste afweging te maken bij zijn besluit om vervroegd naar huis terug te keren dan wel om aan te tonen dat sprake is geweest van een (ernstige) ziekte in de zin van de algemene voorwaarden.

4.5 Daartegenover staat dat van Consument mocht worden verwacht dat hij meteen na terugkeer in Nederland contact met Verzekeraar had opgenomen om alsnog te weten te komen wat van hem of zijn echtgenote werd verwacht.

Consument behoorde er rekening mee te houden dat alsnog onderzoek zou moeten worden gedaan naar de aard en de ernst van de ziekte waaraan zijn echtgenote in Zuid-Afrika had geleden en die hem tot het besluit had gebracht om spoorlags naar Nederland terug te keren. Consument heeft dit nagelaten. In plaats daarvan heeft hij bijna een maand lang gewacht voordat hij een claim bij Verzekeraar heeft ingediend. Gelet op deze omstandigheden acht de Commissie het redelijk en billijk om een schuldverhouding van 50% - 50% aan te houden, zodat de door Consument gevorderde schade in die verhouding voor rekening van Verzekeraar dient te komen.

- 4.6 De conclusie moet zijn dat Verzekeraar te kort is geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst. De vordering van Consument komt gelet op de vorige overweging echter maar gedeeltelijk voor toewijzing in aanmerking.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument vergoedt een bedrag van 50% van € 7.626,-, zijnde een bedrag van € 3.813,-.

In artikel 2 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 40 van het Reglement.