

**Uitspraak Geschillencommissie  
Financiële Dienstverlening  
Nr. 2019-604, 21 augustus 2019**

**RED MIJN VAKANTIE(KOSTEN)**

Consument heeft bij Verzekeraar een doorlopende reis- en annuleringsverzekering afgesloten. Op de polis staan zowel Consument als zijn echtgenote vermeld. Op grond van de polisvoorwaarden biedt de verzekering een vergoeding van extra reiskosten bij een eerdere terugreis naar Nederland als gevolg van ziekte en/of ongeval. Extra kosten gemaakt zonder medische noodzaak zijn uitgesloten. De verzekering biedt ook vergoeding van het ongebruikte deel van de reissom, maar alleen in het geval dat de reis wordt afgebroken in verband met een ernstige ziekte.

Consument en zijn echtgenote waren op een golfreis naar Zuid-Afrika. De echtgenote van Consument was al gedurende de vliegreis onwel. Na aankomst heeft zij een aantal dagen op bed gelegen, waarna het stel heeft besloten om hun reis niet voort te zetten.

Consument heeft – op advies van de Gevolmachtigde van Verzekeraar – telefonisch contact opgenomen met Verzekeraar en diens Alarmcentrale. Consument is met zijn echtgenote met een door henzelf geboekte vlucht terug naar Nederland gevlogen.

De vragen die partijen verdeeld houden zijn:

1. of Verzekeraar gehouden is tot vergoeding van de terugvluchten;
2. en of Verzekeraar gehouden is tot vergoeding van het ongebruikte deel van de reissom.

Toen Consument een maand na terugkeer een beroep deed op zijn reisverzekering stelde Verzekeraar zich – kort gezegd – op het standpunt dat hij niet tot vergoeding gehouden is, omdat Consument zelf de beslissing heeft gemaakt om terug te reizen naar Nederland, zonder ter plaatse een arts te bezoeken.

Consument vordert bij Kifid vergoeding van de door hem gemaakte extra reiskosten ad 2.153,06 euro, alsmede vergoeding van de niet-genoten vakantiedagen ad 7.626 euro. Hij stelt zich daarbij op het standpunt dat Verzekeraar tekort is geschoten in zijn informatieplicht. Hij had nu juist Verzekeraar gebeld om erachter te komen hoe hij moest handelen om te voldoen aan de polisvoorwaarden. Verzekeraar heeft echter nagelaten hem ervan op de hoogte te brengen dat zijn echtgenote door een arts had moeten worden onderzocht om te voldoen aan de polisvoorwaarden.

De Commissie oordeelt dat de klacht van Consument doel treft. De Commissie overweegt dat van Verzekeraar (in zijn rol als Alarmcentrale) had mogen worden verwacht



dat hij Consument nadrukkelijk 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, dat de kans aanwezig was dat Consument voor eigen rekening en kosten terug naar huis zou vliegen. Verzekeraar had Consument er bovendien op moeten wijzen dat indien een medische beoordeling in Zuid-Afrika niet plaats kon vinden, die dan wel zo spoedig mogelijk na aankomst in Nederland plaats had moeten vinden. Nu niet vaststaat dat Verzekeraar dat heeft gedaan, is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar inderdaad de informatieplicht heeft geschonden.

Daartegenover staat echter volgens de Commissie 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.

Om die reden komt de Commissie tot de slotsom dat het redelijk en billijk is om een schuldverdeling van 50-50 procent aan te houden, zodat de door Consument gevorderde schade in die verhouding door Verzekeraar zal moeten worden vergoed.

**Uitspraak Geschillencommissie  
Financiële Dienstverlening  
Nr. 2019-603, 21 augustus 2019**

**SLUIMERENDE DEKKING?**

Consument heeft met ingang van 1 januari 2012 een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij Verzekeraar. Per 16 april 2014 heeft Consument zich bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld.

Verzekeraar heeft aanvankelijk uitgekeerd, maar heeft de uitkering per 1 juni 2018 stopgezet, omdat hij meent dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid bij Consument. Verzekeraar stelt zich op het standpunt dat er geen medische beperkingen zijn vastgesteld als gevolg van een ziekte.

Het geschil omtrent dat punt wordt behandeld in een separate procedure.

Consument heeft Verzekeraar verzocht de verzekering met ingang van 1 november 2018 voor een jaar tegen sluimerdekking voort te zetten op grond van artikel 6.5.3 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Dit artikel bepaalt:

*'Als de verzekerde tijdelijk stopt met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde kunt u vragen de dekking tijdelijk te stoppen. De verzekering loopt dan door, maar wij keren niet uit. U betaalt dan nog maar 15% van de premie. U kunt de verzekering weer beginnen, zodra de verzekerde weer begint met de werkzaamheden die horen bij het beroep van de verzekerde. Dat moet wel binnen een jaar plaatsvinden. De verzekerde hoeft dan geen nieuwe gezondheidsvragen te beantwoorden. Is de verzekering niet binnen een jaar opnieuw begonnen, dan stoppen wij de verzekering definitief.'*

Verzekeraar heeft dit verzoek afgewezen. Hij meent dat deze bepaling niet ziet op de situatie zoals bij Consument thans aan de orde is. Verzekeraar stelt dat deze bepaling is geschreven voor die gevallen waarin een volledig arbeidsgeschikte verzekerde tijdelijk zijn of haar werkzaamheden stillet. De oorzaak van het stilleggen van de werkzaamheden kan daarbij niet gelegen zijn in de (geclaimde) arbeidsongeschiktheid.

Consument stelt zich daarentegen op het standpunt dat als Verzekeraar meent dat zij niet arbeidsongeschikt is, zij arbeidsgeschikt is en derhalve is aan te merken als een verzekerde die tijdelijk stopt met de werkzaamheden die horen bij het beroep van verzekerde in de zin van de polisvoorwaarden.

De Commissie overweegt dat in het geval dat er verschil van mening bestaat over voorwaarden waar niet over is onderhandeld, een objectieve uitleg van de voorwaarde op zijn plaats is.

Uit een objectieve lezing volgt volgens de Commissie dat niet uit artikel 6.5.3 kan worden afgeleid dat alleen arbeidsgeschikte verzekerden een beroep op die bepaling toekomt. Volgens de Commissie is de bepaling dan ook voor meerdere uitleg vatbaar. Dat brengt – naar het oordeel van de Commissie – met zich mee dat op grond van de contra-proferentemregel van artikel 6:238 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek de voor Consument meest gunstige lezing prevaleert.

Aan de Consument komt derhalve het recht op sluimerdekking toe, ongeacht of zij arbeidsgeschikt dan wel arbeidsongeschikt wordt geoordeeld.

**Mr. S. (Simone) Eman**  
De auteur is advocate bij Ekemans & Meijer Advocaten te Den Haag.