

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening 2014-353

d.d. 26 september 2014

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. E.M. Dil-Stork en dr. B.C. de Vries, leden, terwijl mr. M. van Pelt als secretaris)

Samenvatting

Consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Aangeslotene. In 2010 raakt hij arbeidsongeschikt wegens knokkelkoorts en in de periode erna gaat zijn psychische gesteldheid achteruit. De Commissie oordeelt dat Aangeslotene onvoldoende heeft onderbouwd waarom de uitkering in 2012 is stopgezet. Het beroep van Aangeslotene op de uitsluiting voor chronisch vermoeidheidssyndroom wordt afgewezen. Nu bij Consument andere aandoeningen bekend waren die vermoeidheid tot gevolg kunnen hebben en tevens een depressie, kon bij Consument dus niet worden gesproken van een chronisch vermoeidheidssyndroom. Vordering van Consument wordt toegewezen.

Consument,

tegen

Aegon Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Den Haag, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procedure

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

- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het verzoek tot geschilbeslechting van Consument met bijlagen, ontvangen op 28 februari 2014;
- het verweerschrift van Aangeslotene, met bijlagen, ontvangen op 13 juni 2014;
- de repliek van Consument.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna: de Ombudsman) niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen het advies van de Commissie als bindend zullen aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 15 september 2014 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft per 1 oktober 2009 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de Verzekering) gesloten bij Aangeslotene. De verzekerde bedragen voor zowel het eerstejaarsrisico als het na-eerstejaarsrisico zijn € 48.000,- per jaar. Dekking is overeengekomen voor Variant 4 Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen.
- 2.2 In de bij de Verzekering behorende Polisvoorwaarden nr. [..I..] (hierna: de Voorwaarden) is – voor zover relevant – het volgende opgenomen

“5.2 Premievrijstelling

- 5.2.1 *Zolang AEGON uitkering verleent krachtens het na-eerstejaarsrisico is verzekeringnemer vrijgesteld van premiebetaling naar evenredigheid van het uitkeringspercentage behorende bij het na-eerstejaarsrisico. (...)*”
- 2.3 In de Bijzondere Voorwaarden Variant 4: Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen (hierna: de Bijzondere Voorwaarden) is – voor zover relevant – het volgende opgenomen.
“3 Uitsluitingen
Deze verzekering verleent geen dekking voor: (...) chronisch vermoeidheidssyndroom (...).”
- 2.4 Op 7 oktober 2010 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld in verband met knokkelkoorts (Dengue). Consument heeft per die datum een volledige uitkering ontvangen tot en met mei 2012. In juni en juli 2012 en in april 2013 heeft hij een uitkering van 50% ontvangen en in december 2012 heeft hij eenmalig een 100% uitkering voor die maand ontvangen.
- 2.5 Per 7 oktober 2011 heeft Consument tevens een premievrijstelling gekregen in verband met arbeidsongeschiktheid op grond van artikel 5.2 van de Voorwaarden.
- 2.6 De huisarts van Consument schrijft op 1 juni 2012 aan de medisch adviseur van Aangeslotene onder meer het volgende.
“Consument werd door mij voor het eerst gezien met betrekking tot bovengenoemde episode op 14 oktober 2010. (...) De diagnose Dengue werd bevestigd en daarnaast werd een recente EBV infectie gevonden. Er bestaat helaas geen behandeling voor deze infecties. Er blijft echter wel sprake van spier en gewrichtsklachten, vermoeidheid en brokkelen de tanden af. De beperkingen welke Consument hierdoor kreeg, met name met betrekking tot zijn werkzaamheden, hebben geleid tot een hoger psychische belasting en frustratie. Een verklaring bij specialistische consultatie kon niet worden gevonden. Het advies van de reumatoloog was om minstens een jaar te revalideren op de sportschool om weer spiermassa te krijgen. De klachten zouden kunnen passen in een depressief toestandsbeeld. Hierop, en op verzoek van Consument zelf, heb ik hem verwezen naar een psycholoog voor advies en begeleiding. Van de psycholoog heb ik nog geen rapportage ontvangen.”
- 2.7 De internist van het AMC schrijft op 24 september 2012 aan Aangeslotene onder meer het volgende.
“Conclusies:
1. *Doorgemaakte Dengue en EBV infectie in 2010*
2. *Vermoeidheid en gewrichtsklachten, waarschijnlijk postviraal bij 1. c.q. chronisch vermoeidheid syndroom.*
3. *Osteopenie bij milde vitamine d deficiëntie*
4. *Spierzwakte waarvoor icc neurologie*
5. *Hypertriglyceridemie bij niet nuchter bepalen”*
- 2.8 De medisch adviseur van Aangeslotene schrijft op 1 oktober 2012 onder meer het volgende.
“Diagnose: Vermoeidheid en gewrichtsklachten, waarschijnlijk postviraal bij doorgemaakte Dengue (virusinfectie) en EBV (Ebstein Barr virus) infectie, c.q. chronisch vermoeidheid syndroom.”
- 2.9 Op 5 maart 2013 schrijft de huisarts van Consument aan de medisch adviseur van Aangeslotene onder meer het volgende.

“De psycholoog beschrijft een depressief toestandbeeld, waarbij begin februari het voorstel is gedaan voor een second opinion in de tweede lijn.”

2.10 Op 12 december 2013 schrijft de medisch adviseur van Aangeslotene onder meer het volgende.

“Diagnose: Psychiater en SPV; Depressie, vermijdende of schizoïde en narcistisch trekken (...) Beoordeling: Behandelaars gaan uit van een depressie, intensieve behandeling wordt voorgesteld.(...)”

2.11 De Ombudsman heeft op 6 februari 2014 een aanbeveling gedaan aan Aangeslotene het door Consument gevorderde bedrag van € 54.000 te voldoen en hem onverwijld uitsluitel te geven over de vraag of de ziekte van Consument het vervolg is van de ziekte die hij in oktober 2010 heeft opgelopen, of dat dit als nieuwe ziekte moet worden aangemerkt. De Ombudsman merkt op dat Aangeslotene geen verweer heeft gevoerd, ondanks het verzoek daartoe van de Ombudsman bij brieven van 22 oktober, 25 november en 6 december 2013 alsmede een telefonisch verzoek van 30 januari 2014.

2.12 Aangeslotene heeft de aanbeveling van de Ombudsman niet opgevolgd.

3. Geschil

3.1 Consument vordert dat Aangeslotene de uitkering vanaf juni 2012 volledig hervat. Het bedrag aan gemiste uitkeringen komt thans uit op € 20.000,- voor 2012, € 46.000,- voor 2013 en € 36.000,- voor 2014. Indien Consument premie zou zijn verschuldigd, kan dat met de uitkering verrekend worden.

3.2 Aan deze vordering legt hij ten grondslag dat:

- hij sinds oktober 2010 arbeidsongeschikt is en na die periode nimmer hersteld is. Uit de medische stukken blijkt in voldoende mate dat Consument sinds oktober 2010 arbeidsongeschikt is en dat bij hem thans sprake is van een depressie.

3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.

- In 2011 is Consument door een neuroloog onderzocht. Die kon geen afwijkingen vaststellen. Van medisch objectiveerbare klachten kon niet worden gesproken. Per brief van 4 juni 2012 is daarom aan Consument bericht dat geen recht meer bestond op uitkering, maar dat hij op basis van coulance nog een laatste uitkering zou ontvangen.
- Naar aanleiding van de bezwaren van Consument tegen de intrekking van de uitkering is een psychiatrische expertise uitgezet. Uit die expertise van 19 november 2012 kwam naar voren dat toch sprake was van medisch objectiveerbare aandoeningen, maar dat deze aandoeningen volgens de psychiater niet tot beperkingen leiden.

- Uit de medische informatie bleek voorts dat sprake was van een chronisch vermoeidheidssyndroom. In artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden, variant 4, staat echter beschreven dat in dat geval geen dekking wordt verleend.

3.4 Ter zitting heeft Aangeslotene, na het horen van het verhaal van Consument, te kennen gegeven direct een voorschot voor Consument te gaan bewerkstelligen.

Daarnaast heeft Aangeslotene ter zitting, bij gebrek aan bijstand ter zitting van haar medisch adviseur, verklaard dat indien uit de medische stukken duidelijk blijkt dat van een chronisch vermoeidheidssyndroom geen sprake kan zijn, zij dat verweer niet zal handhaven. Tot slot heeft Aangeslotene ter zitting te kennen gegeven dat ook indien de huidige klachten van Consument als nieuwe ziekte worden aangemerkt, dit geen gevolgen zal

hebben voor de reeds verleende premievrijstelling. Indien de ziektes elkaar opvolgen, blijft er recht op premievrijstelling bestaan.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op doorbetaling van de uitkering op grond van de Verzekering.
- 4.2 De Commissie komt op basis van het medisch dossier van Consument tot de conclusie dat Consument ook na mei 2012 nog arbeidsongeschikt was. Door Aangeslotene is onvoldoende onderbouwd op welke grond de uitkering destijds is stopgezet. Consument was in juni 2012 reeds in een traject beland voor een psychiatrische behandeling waar thans uit is voortgekomen dat Consument aan een depressie lijdt. Dit wordt ook door de medisch adviseur van Aangeslotene bevestigd in zijn advies van 12 december 2013.
- 4.3 De Commissie oordeelt vervolgens dat het beroep van Aangeslotene op de uitsluiting voor een chronisch vermoeidheidssyndroom zoals neergelegd in artikel 3 van de Bijzondere Voorwaarden niet opgaat. Zowel in het medisch advies van de medisch adviseur van Aangeslotene d.d. 1 oktober 2012 als in de brief van het AMC van 24 september 2012 staat chronisch vermoeidheidssyndroom vermeld voorafgegaan door de afkorting 'c.q.'. De volgende diagnose was daarin opgenomen.
1. *Doorgemaakte Dengue en EBV infectie in 2010*
 2. *Vermoeidheid en gewrichtsklachten, waarschijnlijk postviraal bij 1,c.q. chronisch vermoeidheid syndroomklachten*
 3. *Osteopenie bij milde vitamine d deficiëntie*
 4. *Spierzwakte waarvoor icc neurologie*
 5. *Hypertriglyceridemie bij niet nuchter bepalen*
- Het deskundig lid van de Commissie oordeelt op grond van zijn medische expertise – en de overige leden van de Commissie volgen hem daar in – dat een chronisch vermoeidheidssyndroom uitgesloten is, onder andere indien sprake is van -een bekende aandoening die vermoeidheid als gevolg heeft, of -een ernstige depressie.
- 4.4 Nu bij Consument andere aandoeningen bekend waren die vermoeidheid tot gevolg kunnen hebben, kon bij Consument dus niet worden gesproken van een chronisch vermoeidheidssyndroom. Dit verweer van Aangeslotene kan derhalve niet slagen.
- 4.5 Wat betreft de premievrijstelling oordeelt de Commissie dat niet valt in te zien waarom tussen de eerste en tweede aandoening een breuk zou moeten worden gemaakt, zodat ook bij de tweede aandoening nog steeds sprake is van na-eerstejaarsrisico en op grond van artikel 5.2 van de Voorwaarden recht op premievrijstelling bestaat.
- 4.6 Omdat de Commissie van oordeel is dat Consument per 1 juni 2012 recht had op doorbetaling van de uitkeringen, acht de Commissie het redelijk Consument tevens ter compensatie een rente gelijk aan de wettelijke (niet-handels)rente toe te kennen per uitkeringstermijn vanaf die datum tot aan de dag van algehele voldoening. Gelet op artikel 40.8 van het Reglement, en mede gelet op de laagdrempelige aard van de procedure bij de Commissie, staat daaraan niet in de weg dat Consument niet uitdrukkelijk om toekenning van een bedrag ter zake van renteschade heeft verzocht (zie Geschillencommissie 2011-20).

4.7 Nu Consument in het gelijk wordt gesteld, dient Aangeslotene tevens het door Consument betaalde klachtgeld ad € 50,- voor de behandeling van dit geschil aan Consument te vergoeden.

5. Beslissing

De Commissie beslist bij bindend advies dat Aangeslotene binnen drie weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de uitkering aan Consument hervat en aan Consument voor de gemiste uitkeringen in de periode juni 2012 tot en met september 2014 vergoedt een bedrag van € 102.000,- aangevuld met een rente gelijk aan de wettelijke (niet-handels)rente per uitkeringstermijn tot aan de dag van algehele voldoening, en met vergoeding aan de Consument van diens eigen bijdrage aan de behandeling van deze klacht, zijnde € 50,-.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van 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 kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.