

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2007/039 Med

in de klacht nr. 2006.5150 (165.06)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht. Gezien de inhoud van de klacht heeft de Raad ervan afgezien verzekeraar om verweer tegen de klacht te vragen.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft met ingang van 1 juli 1980 bij een rechtsvoorganger van verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten met een verzekerde som van f 40.000,-, 5% per jaar klimmend (hierna: polis 1). Waar in het hierna volgende wordt gesproken over verzekeraar wordt daaronder ook de rechtsvoorganger verstaan.

In artikel 11.1 van de op deze verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is bepaald:

‘Indien de verzekering eindigt blijven alleen aanspraken op de verzekerde uitkeringen bestaan terzake van de daarvóór aangevangen arbeidsongeschiktheid en wel voor zover en zolang de arbeidsongeschiktheid daarna uit dezelfde oorzaak onafgebroken blijft voortduren.’

Met ingang van 1 januari 1982 is klager krachtens een collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering bij verzekeraar tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico verzekerd; de verzekerde som bedraagt f 50.000,- (hierna: polis 2). In verband daarmee is polis 1 geëindigd.

Met een op 27 oktober 1982 gedateerd aangifteformulier heeft klager zich met ingang van 20 oktober 1981 bij verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld en als oorzaak van zijn arbeidsongeschiktheid vermeld: ‘psychisch - echtscheiding etc.’

Met verzekeraar is een meningsverschil ontstaan over de vraag of klager recht heeft op uitkering krachtens polis 1 of polis 2. Dit heeft geleid tot een procedure, waarin de rechtbank bij vonnis van 26 oktober 1995 klager niet-ontvankelijk heeft verklaard voorzover zijn vordering gebaseerd is op aanspraken welke zouden zijn ontstaan voor 1 december 1987, en de vordering voor het overige heeft afgewezen. In hoger beroep heeft het gerechtshof bij arrest van 10 maart 1998 het vonnis van de rechtbank bekrachtigd. Het gerechtshof overwoog onder meer: ‘Het hof verenigt zich derhalve met het oordeel van de rechtbank dat de aanspraken op uitkering van (klager) tegen (verzekeraar) uitsluitend beheerst worden door polis 1 (...)’, en voorts:

2007/039 Med

‘(...) gaat het hof ervan uit dat de (eventuele) vordering op grond van polis 2 uiterlijk in december 1991 is verjaard (...).’

Klager is van het arrest niet in cassatie gegaan.

De klacht

Verzekeraar heeft vele keren de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad.

Per 1 juli 1980 was klager tegen het arbeidsongeschiktheidsrisico verzekerd voor f 40.000,- met een jaarlijkse stijging van 5%. Klager ontving alleen een verzekeringsbewijs, met uitsluitend de vermelding van f 40.000,- en het polisnummer. Op 15 maart 1982 vroeg hij verzekeraar om informatie over de 5% jaarlijkse stijging. Deze stuurde op 1 april 1982 de polisbescheiden. Toen werd klager duidelijk dat polis 1 niet jaarlijks 5% steeg. Verzekeraar heeft hem 21 maanden essentiële informatie onthouden.

1. Verzekeraar heeft niet direct bij het totstandkomen van de verzekering maar pas op verzoek van klager na 21 maanden de polisbescheiden toegezonden, en zo klager de mogelijkheid ontnomen zijn risico's tijdig voldoende te verzekeren.

Per 1 januari 1982 is klager bij verzekeraar krachtens een collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering verzekerd; de verzekerde som is f 50.000,-. Klager meende nu voldoende verzekerd te zijn. Polis 1 werd beëindigd.

2. Als verzekeraar schrijft dat een polis beëindigd is dan moet hij zich daaraan houden en niet de verzekerde som ervan zonder melding later toch gebruiken.

Eind augustus 1982 kreeg klager hoge koorts. Eind september 1982 werd hij daarvoor in het ziekenhuis opgenomen. Hij heeft verzekeraar een voorschot gevraagd en een op 27 oktober 1982 gedateerd aangifteformulier toegezonden. Daarop heeft hij 20 oktober 1981 als begindatum en 29 september 1982 als einddatum van zijn echtscheidingsoverspannenheid ingevuld. Wegens de opname was hij per 29 september 1982 echter 100% arbeidsongeschikt. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden verzocht hij om een voorschot krachtens polis 2. Alleen die polis was van kracht. Op 19 november 1982 schreef verzekeraar dat hij een uitkering zal verstrekken en een voorschot volgt.

3. Als verzekeraar afwijkt van de polis(voorwaarden) dan moet hij de verzekerde nauwkeurig over de reden daarvan informeren. Als hij dus zoals hier een voorschot verleent, moet hij dat duidelijk schriftelijk en met vermelding van het juiste polisnummer bevestigen; dat is een stukje zorgplicht van verzekeraar.

Omdat de uitkering te laag is om de kosten te dekken (later begreep klager dat de oorzaak was de te lage uitkering op basis van polis 1), kreeg klager ernstige financiële problemen naast de al bestaande fysieke en psychische problemen. Daardoor werd het genezingsproces zeer vertraagd.

4. Verzekeraar heeft het herstel vertraagd.

Langdurige ziekte is de verzekerde niet te verwijten. Verjaring kan dan ook pas intreden als de zieke voldoende genezen is, aldus de Hoge Raad. Dit is ook conform het Europees Verdrag ter bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM).

5. Het zich op verjaring beroepen door verzekeraar, die zelf het ziekteherstel heeft vertraagd, is onaanvaardbaar.

6. Het zich beroepen op verjaring door verzekeraar is ook onaanvaardbaar als hijzelf door onjuiste informatie aan de verzekerde te verstrekken een mogelijk geschil (de verkeerde verzekerde waarde) niet zichtbaar heeft gemaakt.

2007/039 Med

Op 1 september 1986 was klager weer arbeidsgeschikt. Verzekeraar kreeg hiervan automatisch bericht. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden had klager recht op uitkering t/m september. Verzekeraar verleende over die maand uitkering, maar verlangde deze later weer terug. Hij kon weten dat klager in een nijpende financiële situatie verkeerde.

7. Verzekeraar moet zich aan de polisvoorwaarden betreffende uitkeringen houden, te meer als hij op de hoogte is of kan zijn van de aard van de ziekte en een nijpende financiële situatie.

Deze verzekering is, behoudens bij wanbetaling, niet door verzekeraar opzegbaar, hetgeen continuering per 1 september 1986 impliceert. Verzekeraar zond echter geen premienota's over 1986 t/m. 1988.

8. Bij revalidatie van een tegen het risico van arbeidsongeschiktheid verzekerde moet verzekeraar die verzekerde weer in zijn polisadministratie opnemen (dus premienota's toesturen en de polisvoorwaarden toepassen, zodat de verzekerde weet welke risico's de verzekering dekt). Hier is deze schending nog ernstiger omdat verzekeraar weet dat klager nog steeds ernstig ziek kan zijn.

Op 24 december 1987 is klager voor de sociale verzekering 100% arbeidsongeschikt verklaard. Hiervan kreeg verzekeraar bericht, maar hij reageerde pas na herhaalde aanmaning door klager, zodat deze pas eind maart 1988 uitkering ontving.

9. Het initiatief tot uitkering had eerder moeten plaatsvinden en van verzekeraar moeten uitgaan.

Klager verwijst naar de verzekeringsvoorwaarden. Als verzekeraar bericht van nieuwe arbeidsongeschiktheid krijgt, moet hij nagaan of er een nieuwe oorzaak van arbeidsongeschiktheid is, teneinde te bepalen of sprake is van uitlooprisko en de juiste verzekerde som te bepalen. Hij ging echter automatisch uit van de laagste verzekerde som, van polis 1.

10. Verzekeraar moet bij een nieuwe arbeidsongeschiktheidsmelding (o.a. op basis van zijn zorgplicht) nagaan wat de oorzaak van de nieuwe arbeidsongeschiktheid is, teneinde te kunnen bepalen wat de juiste verzekerde som van de juiste polis is.

Op 2 november 1988 schreef verzekeraar: '(...)In uw geval was het zo dat u als enige van uw kantoor voor deze verzekering werd aangemeld per 1 januari 1982. Daar deze verzekeringen een collectief karakter dragen, dienen de bewijzen van verzekering ter uitreiking aan de verzekerden. In dit geval aan u zelf'.

11. Polis 2, verzekerde som f 50.000,-, is volgens deze brief van toepassing. Dan moet verzekeraar die polis/verzekerde som toepassen.

In april 1989 kreeg klager een koortsziekte, die 18 maanden duurde. De gegevens daaromtrent zaten, ter inzage voor verzekeraar, in het dossier van de wettelijke uitkeringsinstantie.

Omdat klager eind september 1981 echtscheidingsoverspannen werd, is verzekeraar zonder nader onderzoek van mening dat die oorzaak van arbeidsongeschiktheid aanwezig bleef, zodat de verzekerde som f 40.000,- steeds gebruikt kon worden, zonder klager daarvan ooit op de hoogte te brengen. Reeds daardoor is klager benadeeld. Als hij correct was geïnformeerd, had hij op grond van de koortsziekte tijdig een beroep kunnen doen op polis 2.

Op 7 oktober 1997 ontving verzekeraar een aangetekende brief van klager, maar heeft niet gereageerd. Toen dit ontdekt werd, was de zaak verjaard.

2007/039 Med

12A. Verzekeraar moet op de hoogte blijven van het verloop van de arbeidsongeschiktheid en daartoe de benodigde data opvragen en analyseren, zodat als blijkt dat een ander verzekerd bedrag of andere polis toegepast moet worden hij daartoe kan overgaan; daarnaast moet hij de verzekerde volledig informeren omtrent wanneer welke polis van toepassing is.

12B. Als een vergissing over de juiste polis blijkt, moet, alleen al uit beleefdheid, verzekeraar op de melding daarvan reageren.

13. Als een vervallen polis het uitlooprisico tot 2 jaar beperkt dan moet (voorzover deze bepaling niet uitsluitend door de verzekerde toegepast mag worden) verzekeraar die termijn ook toepassen.

Op 8 oktober 1992 ontdekte klager dat verzekeraar steeds was uitgegaan van polis 1. Verzekeraar verwees naar de verzekeringsvoorwaarden. Toen de arbeidsongeschiktheid intrad (26 oktober 1981) was verzekerd een rente van f 40.000,-. Dus werd deze rente uitgekeerd en niet de rente van f 50.000,-. Later schreef verzekeraar dat onomstotelijk vaststaat dat de ziekte van klager was begonnen voor 1 januari 1982 en dat klager pas aanspraak heeft op grond van polis 2 als hij van zijn arbeidsongeschiktheid zou zijn hersteld en vervolgens door een nieuwe arbeidsongeschiktheid de dekking van polis 2 zou hebben geactiveerd. Dat laatste is echter gebeurd, omdat klager '29 sept. 1982 einde echtscheidingsoverspannenheid; nieuwe oorzaak, koortsziekte ontstaan begin augustus 1982, ziekenhuisopname 29 september 1982' meldde in zijn aanvraag. Verzekeraar schreef ook dat zijns inziens vast staat dat de op 26 oktober 1981 begonnen ziekte de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid van klager omdat niet blijkt van een andere oorzaak. Hij ignoreert dus de meldingen op het aanvraagformulier, de revalidatiemelding per 1 september 1986 en de latere ziekmeldingen.

14. Het ignoreren van essentiële ziek- of herstelmeldingen lijkt op misleiding, maar ook als sprake is van een administratieve fout is dat ontoelaatbaar.

Klager kreeg vervolgens bijstand van zijn rechtsbijstandverzekeraar, maar verzekeraar bleef bij zijn standpunt dat gebaseerd was op klagers arbeidsongeschiktheidsmelding. Op die melding stonden echter drie oorzaken van arbeidsongeschiktheid.

15. Als een verzekerde meer ziekteoorzaken meldt, dan moet verzekeraar die analyseren en niet de goedkoopste oorzaak met de laagste uitkering (zonder melding aan de verzekerde) kiezen.

De rechtsbijstandverzekeraar kon verzekeraar niet tot andere gedachten brengen. Verzekeraar ignoreerde de verschillende oorzaken van arbeidsongeschiktheid en gaf blijk van onkunde.

16. Verzekeraar moet zijn standpunt niet met onbegrijpelijke ondeskundigheid onderbouwen, temeer daar een verzekerde dat niet in de gaten kan hebben en dan misleid wordt.

Verzekeraar heeft blijkbaar met de verstrekte machtiging gegevens van klager bij Bedrijfsvereniging/GAK opgevraagd. In het dossier aldaar zaten ook gegevens over de uitgebreide begeleiding ingevolge de Ziektewet. Ook deze gegevens had verzekeraar kunnen opvragen, wat hij mogelijk ook gedaan heeft. In combinatie met het gegeven dat klager sinds januari 1982 in therapie was bij het RIAGG, had hij kunnen vaststellen dat klager zich per 29 september 1982 niet meer ziek wegens echtscheidingsoverspannenheid achtte.

2007/039 Med

Als klager niet het eerstejaars arbeidsongeschiktheidsrisico had verzekerd, had verzekeraar geen kennis van de echtscheidingsoverspannenheid gekregen. Doordat klager eerlijk alle vragen heeft beantwoord, is het geschil ontstaan. Iedereen begrijpt dat overspannenheid wegens echtscheiding niet eeuwig duurt.

17. Als iemand jaren ziek blijft, vergt de zorgplicht dat verzekeraar nagaat of de oorzaak nog dezelfde is, om de juiste verzekerde som toe te passen.

18. De aanvraag van 27 oktober 1982 is medisch geheim; toch werd deze gebruikt door een adviesbureau van verzekeraar waar iedereen met zijn vragen terecht kan. Ook verder verliep alles via dit bureau. Sprake is dus van schending van de privacy van klager, en van art. 8 EVRM.

De privacy is hier extra van belang omdat na de fysieke kwalen die t/m. 1985 duurden, een nieuwe oorzaak van arbeidsongeschiktheid ontstond, namelijk de tweede generatie oorlogsproblematiek. Dat verleden leek verwerkt, maar kwam boven na ernstige fysieke ziekte en financiële zorgen. Dit terwijl verzekeraar tot opvragen gemachtigd was, zodat over geen enkel rapport door klager gesproken zou behoeven te worden. Dit is een extra belasting van klager. Verzekeraar mag daar geen voordeel uit behalen.

19. Als verzekeraar de verzekerde medische machtigingen ter bepaling van de medische toestand en de juiste uitkering laat ondertekenen, dan wordt bij deze de indruk gewekt dat alle ziektegegevens bij verzekeraar bekend zijn. Als verzekeraar dan stelt geen ziektegegevens te hebben, dan is dat onredelijk bezwarend en geen fair play. Temeer omdat het kenmerk van klagers ziekte is de onmogelijkheid om vrijelijk (uit schaamte) met die gegevens om te gaan.

Bij de rechtbank legde verzekeraar de aanvraag als volgt uit: 'de aanvraag van een uitkering werd duidelijk gedaan voor de arbeidsongeschiktheid voortvloeiend uit de overspannenheid. Ook het tijdstip waarop de aanvraag werd gedaan - 1 jaar na aanvang van de arbeidsongeschiktheid - wijst hierop. Zoals verzekerde ook zelf heeft gesteld heeft pas een aanvraag te worden ingediend wanneer een aanspraak op uitkering is ontstaan, dus na 12 maanden arbeidsongeschiktheid. De andere aandoeningen (niet voortvloeiend uit overspannenheid) werden op het verzoek om uitkering uitsluitend naar voren gebracht om te adstrueren waarom nog geen aaw/wao-keuring had plaatsgehad. Immers, bij de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid zijn deze niet (mede) als zodanig vermeld.'

Als men het aanvraagformulier van klager daarmee vergelijkt, dan klopt echter niets van het bovenstaande. Klager sprak de waarheid: hij vroeg om een voorschot op een uitkering volgens polis 2. Curieus is dat als hij na één jaar koortsziekte, dus op 3 augustus 1983, een claim had ingediend, hij uitkering volgens polis 2 had gekregen.

20. De contra proferentem-regel (de regel, dat onduidelijkheden in een aanvraagformulier niet ten nadele van de verzekerde uitgelegd mogen worden) wordt niet door verzekeraar toegepast.

21. De Haviltex-norm, omtrent hetgeen partijen over en weer redelijkerwijs met betrekking tot de polis(voorwaarden) van elkaar mochten verwachten, en welke zin en betekenis zij over en weer redelijkerwijs daaraan mochten toekennen, wordt niet door verzekeraar toegepast.

Klager legt nog een verklaring van een hoogleraar over, waaruit blijkt dat klager fysiek ziek was van 4 september 1982 tot 20 november 1986 en dat verzekeraar nooit de moeite deed om informatie in te winnen.

2007/039 Med

22. Het ignoreren in een gerechtelijke procedure en in de periode daarvoor van medische verklaringen van te goeder naam en faam bekend staande hoogleraren en het creëren van een andere uitleg, zonder nader onderzoek, dan de uitleg die klager heeft gegeven, waarmee de schijn wordt gewekt dat deze niet te goeder trouw is, is onacceptabel. Derhalve is er geen fair trial, art. 8 EVRM.

Verzekeraar beriep zich op verjaring, die hij zelf door steeds onjuiste informatie te geven, veroorzaakt heeft. De rechtbank wees de vordering af. Bij pleidooi in hoger beroep stelde verzekeraar onvoldoende medische machtigingen te hebben gehad. Er waren echter recentere machtigingen, die hij had kunnen gebruiken.

23. Door een oude machtiging te gebruiken, wordt, voorzienbaar, geen informatie verkregen en worden de rechters misleid; tevens wordt de indruk gewekt dat klager iets te verbergen heeft; in relatie met het onverwerkte verleden, dat in deze informatie staat, wordt deze misleiding nog ernstiger.

Tijdens het pleidooi begreep klager wegens de verstrekte machtigingen niet waarom verzekeraar geen medische informatie zou hebben, temeer daar ook nog een rapport van het RIAGG en een verklaring van een hoogleraar, waarin hij een aanvulling gaf op zijn eerdere keuringsrapport, naar verzekeraar gestuurd waren. Klager wist niet beter dan dat dit rapport ook in het bezit was van verzekeraar. Overigens werd ter zitting wederom een volledige machtiging aan verzekeraar aangeboden en gesteld dat hij elke rapportage ter inzage kon krijgen.

Ook het feit dat klager per 1 september 1986 weer volledig arbeidsgeschikt was en dus de uitkering onderbroken werd, ontkende verzekeraar.

Als sprake was geweest van onderbreking op 1 september 1986, dan had verzekeraar bij een nieuwe aanvraag om uitkering moeten onderzoeken of de arbeidsongeschiktheid dezelfde oorzaak had als voorheen. Impliceert dit dat hij alle meldingen van herstel en nieuwe ziekte niet heeft ontvangen? Bovendien staat op de machtiging van 26 juli 1994: '(...) die hebben geleid tot het toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanaf 26 oktober 1982 respectievelijk 1 september 1986.' In 1994 was de onderbreking van de arbeidsongeschiktheid per september 1986 bij verzekeraar dus wel bekend.

24. Door herstel van de arbeidsongeschiktheid per 1 september 1986 te ontkennen, terwijl klager niet anders kan weten dan dat de situatie per die datum en de ziekmelding daarna bekend zijn bij verzekeraar, is de rechter misleid.

Tijdens de zitting bij het gerechtshof kwam de fysieke ziekte van klager en de tweede generatie oorlogsproblematiek uitgebreid aan de orde. In het proces-verbaal van de zitting en het arrest is echter niets daarvan vermeld. Het arrest is gebaseerd op het feit dat de uitkeringen van verzekeraar ononderbroken zijn geweest en dat de machtigingen ontbraken. Klager is het dan ook op diverse punten volstrekt oneens met het arrest.

De vervallenverklaring van polis 2 impliceert dat klager nooit meer, ook niet bij volledig herstel en ziekte daarna, een beroep op die polis kan doen. In de jurisprudentie is géén soortgelijke situatie bekend. Dat verzekeraar in deze situatie accepteert dat zijn autonomie wordt aangetast, daarop niet reageert door klager te melden dat polis 2 gecontinueerd wordt, schaadt de goede naam van het verzekeringsbedrijf.

25. Het verzekeren van f 50.000,-, het jaarlijks de premie verhogen en het ten koste van alles vasthouden aan een uitkering volgens polis 1 lijken een ongebreideld winstbejag te dienen en geven een grote onbetrouwbaarheid aan.

2007/039 Med

Verzekerden moeten er steeds op letten dat bij nieuwe arbeidsongeschiktheid na revalidatie niet de verkeerde verzekerde som wordt gebruikt.

Deze zaak kan dan ook niet zonder gevolgen blijven voor verzekeraar omdat:
1. hij de rechter onjuiste, doorslaggevende informatie heeft verschaft. De vraag rijst in hoeverre het bewust of onbewust voorliegen van de rechter in strijd is met de goede naam van het verzekeringsbedrijf.

2. zijn communiceren en handelen richting klager veel verwijtbare fouten vertoont.

Het hierboven beschrevene is onaanvaardbaar, temeer omdat steeds meer mensen zich verzekeren tegen inkomensdaling bij ziekte.

Het oordeel van de Raad

1. Ingevolge artikel 5 c van zijn Reglement behandelt de Raad geen klachten die betrekking hebben op een bij de rechter aanhangige klacht of geschil dan wel wanneer de rechter reeds over de klacht heeft geoordeeld.

In zijn klacht stelt klager vele aspecten aan de orde waaromtrent de rechtbank in eerste aanleg bij vonnis van 26 oktober 1995, en het gerechtshof in hoger beroep in een arrest van 10 maart 1998 hebben geoordeeld. In zoverre zal klager in zijn klacht dan ook niet-ontvankelijk worden verklaard.

2. Voor het overige stelt klager in zijn klacht aspecten aan de orde die hebben gespeeld in de periode vanaf omstreeks 1980 tot het arrest van 10 maart 1998 van het gerechtshof. Daarmee is een redelijke termijn voor het indienen van de klacht in ruime mate overschreden, welke bijzondere en zwaarwegende redenen klager wellicht ook heeft gehad om niet eerder zich bij de Raad te beklagen. Ook in zoverre zal klager in zijn klacht niet-ontvankelijk worden verklaard.

De beslissing

De Raad verklaart klager niet-ontvankelijk in zijn klacht.

Aldus is beslist op 16 april 2007 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)