

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-29 d.d. 16 januari 2014
(mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden en mevrouw mr. M. van Pelt, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsclaim op een woonlastenverzekering, ingangsdatum 24 juli 2008. Volgens Aangeslotene wordt de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door pre-existente klachten, te weten door ziekte in twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden is er dan geen recht op uitkering. De Commissie oordeelt dat Aangeslotene aannemelijk heeft gemaakt dat de klachten van Consument reeds bestonden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering. De vordering van Consument wordt afgewezen.

Consument,

tegen

de besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid Jubilee Europe B.V., gevestigd te Amsterdam, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procesverloop

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, ontvangen op 13 september 2012;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.

Tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna: de Ombudsman) heeft niet tot oplossing van het geschil geleid.

Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 2 december 2013 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 3.1. Consument heeft bij Aangeslotene met ingang van 24 juli 2008 een woonlastenverzekering (hierna: de verzekering) gesloten.
- 3.2. In het door Consument op 10 juni 2008 ondertekende aanvraagformulier staat – voor zover relevant – het volgende.

“Ik, verzekeringnemer/verzekerde, verklaar hierbij dat ik:

- a. *De laatste twaalf maanden geen ziekten heb gehad waarvoor ik meer dan vier weken aaneengesloten onder medische behandeling ben geweest, waardoor ik arbeidsongeschikt ben geweest of ben behandeld of verpleegd in een ziekenhuis, herstellingsoord, sanatorium of andere soortgelijke inrichting.*
- b. *Thans geen medicijnen, stimulerende of verdovende middelen gebruik.*
- c. *Niet onder behandeling of controle sta van de huisarts, specialist, psychiater of psycholoog.*
- d. *Naar beste weten in een goede gezondheid verkeer, niet aan een chronische ziekte lijdt en geen problemen ondervindt bij het verrichten van mijn werk..*

(...)

*Verzekerde I x Ik kan het vorenstaande bevestigen o ik kan het vorenstaande niet bevestigen**

(...)

**Indien u hier iets heeft aangekruist, dient u hieronder een korte toelichting te geven ten behoeve van de verzekeringsmaatschappij. (...) De verzekeringsmaatschappij beoordeelt of en op welke voorwaarden deze aanvraag kan worden geaccepteerd.*

(...)

Mededelingsplicht

Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. (...) Indien u niet (volledig) aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van de verzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.”

- 3.3. In de op de verzekering van toepassing zijnde algemene voorwaarden is onder “Rubriek A: Arbeidsongeschiktheid” het volgende bepaald.

“14 Begripsomschrijving

Arbeidsongeschiktheid

In het kader van deze verzekering is van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake indien bij de Verzekerde na de ingang en voor de einddatum van deze verzekering in relatie tot ziekte of ongeval medisch vast te stellen stoornissen zijn ontstaan, (...).”

“16 Bijzondere uitsluitingen

16.1 Uitgesloten is arbeidsongeschiktheid voortvloeiend uit of verband houdend met een ziekte, gebrek, aandoening of een abnormale geestelijke of lichamelijke toestand welke reeds bestond ten tijde van het sluiten van de verzekering. Hiervan is in elk geval sprake indien ten aanzien [van] de aan de arbeidsongeschiktheid ten grondslag liggende klachten een medische diagnose is gesteld dan wel medische behandeling heeft plaatsgevonden gedurende twaalf maanden voorafgaande aan het sluiten van deze verzekering of de verhoging van de Verzekerde woonlast.”

- 3.4. Op 9 juni 2010 heeft Consument aan Aangeslotene gemeld sinds 17 november 2008 arbeidsongeschikt te zijn vanwege een lage hernia van de rug op niveau L5-S1. Vanaf 15 november 2010 ontving Consument een WW-uitkering. Op 1 juni 2011 is Consument weer aan het werk gegaan.
- 3.5. Op basis van onderzoek naar aanleiding van het door Consument gedane beroep op de verzekering is Aangeslotene gebleken dat Consument reeds voor het ingaan van de verzekering rugklachten had. De medisch adviseur van Aangeslotene merkt in zijn brief van 27 december 2010 het volgende op.
“Deze claim voldoet niet aan de begripsomschrijving omdat bij de verzekerde reeds voor de ingangsdatum van deze verzekering in relatie tot ziekte of ongeval medisch vast te stellen stoornissen zijn ontstaan aan de lagere rug waardoor verzekerde beperkingen ondervond en nog steeds ondervindt in zijn functioneren in een arbeidssituatie. Meerdere artsen geven dit aan in hun rapportages. (...) De medische verklaring op het aanvraagformulier is niet naar waarheid ondertekend.”
- 3.6. Uit het huisartsenjournaal van 29 november 2010 volgt dat Consument op 25 juni 2007 bij de huisarts is geweest met lage rugpijn met uitstraling en dat Consument al langer last had van de rug. Op 1 augustus 2007 vermeldt het huisartsenjournaal *“Beleid: MRI-LWK”*. Voorts wordt vermeld dat Consument op 23 augustus 2007 bij de neuroloog is geweest en dat deze een linkszijdige hernia L5-S1 heeft geconstateerd.
- 3.7. De neuroloog schreef op 21 november 2008: *“Sinds 4 jaar al last van lage rugpijn, m.n. li vv meerdere behandelingen (...). Zou op MRI eerder dit jaar HNP te zien zijn waarvoor toen operatieindicatie. Toen toch niet geopereerd omdat dhr. dit in Duitsland wilde laten doen; dit is toch niet doorgegaan. (...) Patiënt werd opgenomen in verband met een verdenking radiculair syndroom bij uitstralende pijn van het linkerbeen tot boven de knie, waarbij echter op MRI-LWK minimale discusbulging op niveau L5/S1 en niveau L4/L5 werd gezien, die niet verklarend was voor de kliniek.”*
 De chiropractor schrijft in zijn brief van 9 december 2008 dat de belangrijkste klacht van Consument zijn lage rug is. De klacht is vier jaar geleden voor het eerst begonnen. De prognose is redelijk. De klacht of een gedeelte daarvan is chronisch en/of recidiverend.
 De neurochirurg schrijft in de brief van 5 mei 2009 dat op 6 maart 2009 een microchirurgische decompressie L5-S1 is uitgevoerd links. Op 4 augustus 2009 schrijft hij dat diezelfde dag een discushernia werd verwijderd (redo microdissectomie L5-S1 links). Op 11 augustus 2009 schrijft hij dat de MRI-scan een duidelijk groot recidief hernia L5-S1 links laat zien met compressie. Er wordt een micro-dissectomie en een heringreep met neurolyse van de S1-radix verricht.
 De revalidatiearts schrijft op 18 november 2009 dat Consument op 13 november 2009 werd gezien. Hij schrijft onder meer het volgende. *“Patiënt heeft al jaren lage rugklachten. Op 17.11.08 is de situatie acuut verslechterd. Na second opinion in Genk werd een “dubbele hernia” vastgesteld, operatie vond plaats op 06.03.09. Tijdens de operatie bleek er herniatie op één niveau (L5-S1).”*
- 3.8. De door de Ombudsman ingeschakelde medisch adviseur heeft op 12 juni 2012 medisch advies gegeven. Hierin staat onder meer het volgende.

“Ondergetekende constateert dat verzekerde/patiënt in de 12 maanden voorafgaand aan het afsluiten van de woonlastenverzekering de huisarts diverse malen heeft geconsulteerd met pijnklachten onderin de rug, gepaard gaande met uitstraling naar het linker been. Genoemde klachten waren aanleiding in de 12 maanden voorafgaand aan het ingaan van de verzekering, voor een consult bij de neuroloog. Verder wordt melding gemaakt van fitness, in overleg met de fysiotherapeut.

Ondergetekende is, gezien het bovengenoemde dan ook van mening dat verzekerde/patiënt de medische verklaring d.d. 26 juni 2008 niet correct heeft ingevuld.

Ondergetekende is tevens van mening dat, met inachtneming van het bovengenoemde, Jubilee terecht de claim heeft afgewezen met een beroep op een uitsluiting, genoemd in de algemene verzekeringsvoorwaarden.”

4. De vordering en grondslagen

- 4.1. Consument vordert nakoming van de verzekering, door middel van het doen van een uitkering van € 10.500,- (bestaande uit €350,- gedurende 30 maanden).
- 4.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen.
 - Consument is tussen 17 november 2008 en 1 juni 2011 arbeidsongeschikt dan wel onvrijwillig werkloos geweest, waarvoor de verzekering dekking biedt.
 - Consument stelt te hebben voldaan aan zijn mededelingsplicht, omdat de rugklachten voor het sluiten van de verzekering nooit tot arbeidsongeschiktheid hebben geleid.
- 4.3. Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
 - Consument heeft bij de aanvraag van de verzekering zijn mededelingsplicht geschonden. Acceptatie van de verzekering heeft op basis van de gegevens zoals vermeld op het aanvraagformulier plaatsgevonden. Bij kennis van de ware stand van zaken had Aangeslotene geen verzekering met Consument gesloten, omdat deze verzekering geen mogelijkheid tot premieaanpassing of clausulering kent. Aangeslotene is kortom op grond van artikel 7:930 lid 4 Burgerlijk Wetboek (BW) geen uitkering verschuldigd, omdat zij bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.
 - Bovendien meent Aangeslotene dat niet is voldaan aan de vereiste onzekerheid bij het aangaan van de verzekering, zoals bepaald in artikel 7:925 BW, omdat Consument reeds bekend was met de geclaimde rugklachten.
 - Voorts is in artikel 14 van de algemene voorwaarden bepaald dat van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is indien bij de verzekerde na de ingang en voor de einddatum van de verzekering in relatie tot ziekte of ongeval medisch vast te stellen stoornissen zijn ontstaan. Nu bij Consument reeds voor de ingangsdatum van de verzekering de medisch vast te stellen stoornissen zijn ontstaan aan de lage rug, is aan artikel 14 van de algemene voorwaarden niet voldaan.
 - Ten slotte is in artikel 16.1 van de algemene voorwaarden uitgesloten van dekking een arbeidsongeschiktheid voortvloeiend uit of verband houdend met

een ziekte, gebrek, aandoening of een abnormale geestelijke of lichamelijke toestand welke reeds bestond ten tijde van het sluiten van de verzekering.

5. Beoordeling

- 5.1. Aan de orde is de vraag of de arbeidsongeschiktheid verband houdt met een reeds bestaande en/of bekende ziekte als bedoeld in artikel 14 respectievelijk 16 van de algemene voorwaarden.
- 5.2. Uitgangspunt is dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten – bij voldoende betwisting door de tegenpartij – haar stellingen moet bewijzen. Omdat Aangeslotene aan haar verweer ten grondslag legt dat de arbeidsongeschiktheid verband houdt met de rugklachten uit 2007, rust de bewijslast van deze stelling op haar. De Commissie stelt vast dat Aangeslotene als bewijs voor haar standpunt verwijst naar het overgelegde medisch dossier en de onder 3.5 genoemde bevindingen van haar medisch adviseur. Deze gegevens rechtvaardigen de conclusie dat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid van Consument valt onder de uitsluitingclausules die in artikel 14 en artikel 16 van de algemene voorwaarden zijn opgenomen. Immers uit de medische stukken volgt dat ten aanzien van de aan de arbeidsongeschiktheid in 2008 ten grondslag liggende klachten (te weten een rughernia L5-S1) een medische diagnose is gesteld dan wel medische behandeling heeft plaatsgevonden gedurende de twaalf maanden voorafgaande aan het sluiten van de verzekering. Nu Consument geen stukken heeft overgelegd waaruit blijkt dat Aangeslotene bij haar standpuntbepaling niet heeft mogen afgaan op het advies van de door haar geraadpleegde medisch adviseur en de Commissie overigens ook niet is gebleken van een onzorgvuldige besluitvormingprocedure, is de Commissie van oordeel dat het door Aangeslotene ingenomen standpunt, te weten dat voor de claim van Consument geen dekking bestaat op de verzekering althans dat er een uitsluiting van toepassing is, juist is.
- 5.3. Nu het voorgaande reeds een zelfstandige afwijzingsgrond voor de vordering van Consument vormt, behoeft de vraag of al dan niet sprake is geweest van schending van de mededelingsplicht, geen bespreking meer.

6. Beslissing

De Commissie wijst als bindend advies de vordering van Consument af.

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#stappenplan.