

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-018 d.d. 13 januari 2015 (mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden en mr. M. van Pelt, secretaris)**

**Samenvatting**

Consument doet een beroep op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekering is per 7 februari 2012 geëindigd vanwege het faillissement van zijn bedrijf. Consument stelt per 1 februari 2012 arbeidsongeschikt te zijn. Aangeslotene stelt dat van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering pas sprake is vanaf 15 februari 2012 toen Consument de huisarts bezocht. Het is niet objectief komen vast te staan dat Consument vóór de einddatum van de verzekering arbeidsongeschikt was in de zin van de verzekering. Aangeslotene heeft de uitkering daarom terecht mogen weigeren op grond van artikel 3.1 van de Voorwaarden. De vordering van Consument wordt afgewezen.

Consument,

tegen

Delta Lloyd Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Amsterdam, hierna te noemen Aangeslotene.

**I. 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 21 januari 2014;
- het verweerschrift van Aangeslotene van 3 april 2014 met bijlagen;
- de repliek van Consument van 19 april 2014;
- de dupliek van Aangeslotene van 19 mei 2014;
- de brief van Consument van 30 mei 2014;
- de brief van Aangeslotene van 16 juni 2014 met bijlagen;
- de brief van Consument van 26 juni 2014;
- de brief van Aangeslotene van 8 oktober 2014 met bijlagen;
- de pleitnota van Consument van 10 november 2014;
- de pleitnota van Aangeslotene van 10 november 2014.

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 10 november 2014 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

**2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 In 1998 heeft B.V. [naam Bouwbedrijf] (hierna: de B.V.) als verzekeringnemer een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de Verzekering) afgesloten bij Aangeslotene, met onder andere Consument als verzekerde. Op de Verzekering zijn van toepassing de Voorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandig ondernemers model OE 03.2.26 C (hierna: de Voorwaarden). In deze Voorwaarden staat – voor zover relevant – het volgende.

“Artikel 3.1

**Begrip arbeidsongeschiktheid**

*Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Arbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht indien verzekerde ten gevolge van deze stoornissen voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd.”*

- 2.2 Bij vonnis van de rechtbank Maastricht van 7 februari 2012 is de B.V. in staat van faillissement verklaard. Aangeslotene heeft de Verzekering per 7 februari 2012 beëindigd.

- 2.3 Op 17 februari 2012 heeft Aangeslotene een schadeangifteformulier van Consument ontvangen. Op dit formulier is onder meer het volgende ingevuld.

“5. Waaruit bestaan de klachten Geheel overspannen  
Sinds: 1-2-2012

6. Op welke datum heeft de verzekerde 1-2-‘12  
zich hiervoor voor het eerst onder  
geneeskundige behandeling gesteld

(...)

10. Sinds wanneer heeft verzekerde zijn Datum: 1-2-12  
Beroepswerkzaamheden geheel of ge- Percentage: 100%  
deeltelijk gestaakt, en voor welk percentage  
acht de verzekerde zich ongeschikt”

- 2.4 Op 21 maart 2012 heeft Elabo een Arbeidsdeskundig rapport (inventarisatie) opgesteld met daarin onder meer de volgende informatie.

“Bezoekdatum: 06-03-2012

(...)

**Voorgeschiedenis**

*Verzekerde valt uit vanwege medische klachten die veroorzaakt worden door het faillissement van zijn bedrijf. Ook zijn broer, mede vennoot, is om dezelfde reden met soort gelijke klachten uitgevallen.*

*Verzekerde heeft zich voor de huidige arbeidsongeschiktheidsperiode een keer eerder arbeidsongeschikt gemeld. Destijds viel hij uit ten gevolge van dezelfde soort medische klachten.*

(...)

**8. Beschouwing**

*Verzekerde is een 57 jarige bouwondernemer die ten gevolge van spanningen, veroorzaakt door het faillissement van zijn bedrijf, uitvalt.*

*Het faillissement wordt nu door de curator afgehandeld. Ook verzekerde speelt hierbij een rol. Dit vergt nog de nodige spanningen die voor hem niet wenselijk zijn en een negatief effect hebben op het herstel.*

*Het lijkt nu van belang om verzekerde in medisch opzicht te volgen. Hierbij is het zinvol de medisch adviseur in overweging te geven medische informatie in te winnen. Zodra sprake is van enige stabiliteit kunnen de beperkingen worden vastgesteld en bepaald worden of nog sprake is van enige arbeidsongeschiktheid. Duidelijk is dat het bedrijf niet meer bestaat. Terugkeer in de eigen functie is dan ook niet mogelijk.*

*Verzekerde is voorlopig nog volledig arbeidsongeschikt te beschouwen. Zodra meer duidelijkheid bestaat over de feitelijke belastbaarheid van verzekerde kan overwogen worden een arbeidsdeskundig heronderzoek uit te laten voeren.”*

- 2.5 De medisch adviseur van Aangeslotene heeft op 22 mei 2012 de volgende informatie aan Aangeslotene verstrekt.

**“Ontvangen informatie:**

**doc. 2 info huisarts 09.05.2012**

*Verzekerde is voor het eerst gezien op 15.02.2012. Sprake van psychische klachten door faillissement. Bedrijf van 82 jaar in de familie en had 23 man personeel. Ook is zijn vader in november 2011 overle[g]den. Verzekerde is er helemaal kapot van. Zit helemaal in de put. Hij heeft zich ziek gemeld. Zou nog wel bezi[t][g] zijn met de afhandeling van het faillissement. Volgens de huisarts sprake van een depressie. Verzekerde werd verwezen naar de psycholoog en kreeg een depressie.*

**doc. 1 med[i]tel 05.03.2012**

*klachten*

*Weet niet hoe hij verder moet, slaapt veel maar kort, Futloos, vaak hoofdpijn. De klachten hebben zich langzaam opgebouwd maar zijn toch al 4-5 maanden aanwezig. Verzekerde is 6-7 jaar geleden ook overspannen geweest.*

*Behandeling*

*Rond 9 of 10 februari 2012 is hij voor het eerst naar de huisarts gegaan. Is naar een psycholoog verwezen. Hij heeft daar vorige week het eerste gesprek gehad. Verder krijgt hij slaapmedicatie en pijnstillers voor de hoofdpijn.*

*Diagnose*

*Is er (nog) niet. Mogelijk burnout, overspannen”*

- 2.6 Aangeslotene heeft op 12 juni 2012 het verzoek van Consument om uitkering afgewezen.

### **3. Geschil**

- 3.1 Consument vordert op grond van de Verzekering, een uitkering vanaf 1 februari 2012.

- 3.2 Aan deze vordering legt hij ten grondslag dat:

- hij per 1 februari 2012 arbeidsongeschikt was. Op 1 februari 2012 heeft hij zich gemeld en dit per fax doorgegeven aan Aangeslotene. Door de huisarts en door de in opdracht van Aangeslotene aangestelde specialisten van Meditel en Elabo is gerapporteerd dat hij arbeidsongeschikt is en is dit derhalve medisch vastgesteld. Het begin van de eigenrisicoperiode staat los van het begin van de arbeidsongeschiktheid. Omdat niet in de voorwaarden staat vanaf wanneer Aangeslotene arbeidsongeschiktheid vaststelt kan alleen de ziekmelding die door of namens verzekerde is ingediend als eerste datum van arbeidsongeschiktheid worden aangehouden.

- op 1 februari 2012 een verzekerbaar belang aanwezig was en dat het bedrijf niet jarenlang verliesgevend was.

- 3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.
- Op grond van artikel 3.1 van de Voorwaarden kan de uitkering terecht worden geweigerd, nu niet is komen vast te staan dat bij Consument voor het einde van de Verzekering op 7 februari 2012 objectief medisch vast te stellen stoornissen bestonden. Pas op 15 februari 2012 is Consument naar de huisarts gegaan, waardoor pas vanaf die datum objectief medisch kon worden vastgesteld of bij Consument stoornissen bestonden. Nu dit moment ligt na het einde van de Verzekering, bestond op dat moment geen dekking meer voor de arbeidsongeschiktheid van Consument. Dat van dit moment moet worden uitgegaan vindt volgens Aangeslotene tevens steun in artikel 3.3 op grond van welk artikel de eigenrisicotermijn pas begint te lopen vanaf het moment waarop een bevoegd arts de medische behandeling heeft gestart en de arbeidsongeschiktheid heeft vastgesteld.
  - Subsidiair betoogt Aangeslotene dat indien al zou komen vast te staan dat bij Consument wel op 1 februari 2012 objectief medisch vast te stellen stoornissen bestonden, dan ontbrak op dat moment het verzekeraar belang, zoals verwoord in artikel 9.1 lid 7 van de Voorwaarden, waardoor op grond van artikel 10.2 lid 1 de Verzekering al eerder zou zijn beëindigd. Het verzekeraar belang ontbrak, omdat sprake is van een schadeverzekering, nu het verzekeraar belang werd berekend aan de hand van de inkomens van de verzekerden. Ook in dat geval heeft Consument geen recht op dekking onder de Verzekering.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Partijen zijn allereerst in geschil over de vraag of Aangeslotene Consument vóór de einddatum van de Verzekering, te weten 7 februari 2012, als arbeidsongeschikt in de zin van de Verzekering heeft moeten aanmerken.
- 4.2 Ter zitting heeft Consument toegelicht dat hij samen met zijn broer op 30 januari 2012 besloten had het faillissement van hun bedrijf aan te vragen. Op 1 februari 2012 hebben hij en zijn broer zich ziek gemeld. Een bewijs van de ziekmelding kon hij niet overleggen. Hij verklaarde nog wel regelmatig op kantoor aanwezig te zijn geweest om het faillissement in goede banen te leiden.
- 4.3 Op grond van artikel 3.1 van de Voorwaarden is van arbeidsongeschiktheid sprake indien in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van zijn beroep.
- 4.4 Nu Consument pas op 15 februari 2012 voor het eerst bij de huisarts is geweest en uit de medische stukken niet volgt dat hij al eerder dan 7 februari 2012 objectief medisch gezien (wegens de onderhavige klachten) arbeidsongeschikt was voor meer dan 25%, is niet aangetoond dat Consument vóór de einddatum van de Verzekering arbeidsongeschikt was in de zin van de Verzekering. Het is niet uit te sluiten dat Consument in de aanloop naar het faillissement aan de belangen van de B.V. voorrang heeft gegeven en daaraan zijn eigen (gezondheids)belangen ondergeschikt heeft gemaakt, maar dat is onvoldoende om *objectief* te kunnen vaststellen dat hij arbeidsongeschikt was.
- 4.5 De Commissie komt tot de conclusie dat Aangeslotene geen verwijt valt maken van haar weigering aan Consument een uitkering te doen. De vordering van Consument zal derhalve worden afgewezen. De overige – hiervoor niet besproken – verweren van Aangeslotene blijven buiten beschouwing.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vordering 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 [www.kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan](http://www.kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht-1/4#stappen-plan).