

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-071  
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter en mr. A.M.T. Wigger en drs. J.H. Paulusma-de  
Waal, arts M&G RGA, en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 14 april 2015  
Ingesteld door : Consument  
Tegen : Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen  
Verzekeraar.  
Datum uitspraak : 11 februari 2016  
Aard uitspraak : Bindend advies

### **Samenvatting**

Verzekeraar heeft aanvraag voor een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering kunnen weigeren op grond van de verkregen medische gegevens omdat deze een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid vormen. Van een afwijkend acceptatieproces is geen sprake terwijl Consument gewezen is op het blokkeringsrecht ex art. 7:464 lid 2 sub b BW. het is daarbij aan Verzekeraar om te bepalen of hij overgaat tot het opvragen van aanvullende informatie bij de betreffende behandelaars. geen grondslag aanwezig voor de stelling van Consument dat verzekeraar verplicht kan worden om gebruik te maken van de eerder door Consument afgegeven medische machtigingen. Vordering van Consument wordt afgewezen.

### **I. Procesverloop**

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

- het door Consument ondertekende vragenformulier met bijlagen waaronder de klachtbrief van Consument en de met Verzekeraar in diens interne klachtprocedure gevoerde correspondentie;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden en dat het geschil zich leent voor afdoening op stukken, nu voor mondelinge behandeling als bedoeld in artikel 40.1 van haar reglement geen aanleiding bestaat.

## 2. Feiten

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende feiten.

- 2.1. In 2012 is Consument, onder behandeling geweest van zowel een 1<sup>ste</sup> lijns-psycholoog als een fysiotherapeut. Bij de psycholoog is hij kortdurend in behandeling geweest in verband met een hulpvraag in 2011 wegens moeite met het uiten van emoties en vergeetachtigheid, mede veroorzaakt door negatieve ervaringen in zijn jeugd. Consument is hierna doorverwezen voor een neuropsychologisch onderzoek in verband met zijn geheugen. In verband met thoracale en lumbale rugklachten heeft Consument in 2012, overigens zonder succes zowel fysio- als manuele therapie ondergaan bij de fysiotherapeut.
- 2.2. Begin 2014 heeft Consument bij Verzekeraar een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd in het kader waarvan Consument een gezondheidsverklaring heeft ingevuld. Op pagina 2 van deze gezondheidsverklaring is het volgende opgenomen:

(...)

### **Wilt u het advies als eerste horen?**

*U hebt het recht het advies als eerste te horen. Dit heet het recht op eerste kennisneming. Het duurt dan wat langer voordat uw verzekering ingaat. Wilt u het medisch advies als eerste horen? Dan kunt u Loyalis Verzekeringen een brief schrijven. U leest in de toelichting in de bijlage hoe dit moet.*

(...)

- 2.3. In de toelichting op de Gezondheidsverklaring is - onder andere - het navolgende opgenomen:

(...)

### **Wat betekent recht op eerste kennisneming?**

*U hebt het recht om als eerste te horen wat het medisch advies is van de medisch adviseur. Dit heet 'het recht op eerste kennisneming'. U geeft van te voren aan dat u het medisch advies als eerste wilt horen. U stuurt hiervoor een brief of een e-mail naar de medische dienst van (naam Verzekeraar). Het e-mail-adres is:*

(...)

### **Wat betekent blokkeringsrecht?**

*Wilt u het medisch advies van de medisch adviseur als eerste horen? Dan moet u waarschijnlijk wel wat langer wachten op uw verzekeringspolis. Maar u kunt dan ook de medisch adviseur verbieden om het medisch advies aan (naam Verzekeraar) te geven. Dit heet het 'blokkeringsrecht'. Gebruikt u dit recht? Dan stopt (naam Verzekeraar) uw aanvraag. Zonder medisch advies kunt u namelijk geen verzekering sluiten.*

(...)

- 2.4. Bij brief van 30 april 2014 laat Verzekeraar Consument weten dat hij Consument, op basis van het advies van zijn medisch adviseur, niet kan accepteren voor de uitbreiding van de dekking van zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering omdat op grond van de verkregen medische gegevens sprake is geweest van aandoeningen en klachten, welke een verhoogd risico vormen op arbeidsongeschiktheid, ook wanneer daar nu nog geen sprake van is.
- 2.5. Consument heeft Verzekeraar hierna verzocht om hem inzage te verstrekken in het medisch dossier op basis waarvan zijn aanvraag is afgewezen aan welk verzoek Verzekeraar heeft voldaan.

- 2.6. Op 2 juni 2013 heeft Consument tijdens een telefonisch onderhoud van meer dan een uur, de afwijzing van zijn verzekeringsaanvraag besproken met de medisch adviseur van Verzekeraar van welk gesprek hij Verzekeraar bij brief van 13 juni 2013 met de navolgende tekst een schriftelijk verslag heeft aangeboden:

(...)

*“Graag ontvang ik van u een bevestiging van ontvangst, aangevuld met een inhoudelijke reactie waarmee u aangeeft dat het gesprek een waarheidsgetrouwe weergave van ons gesprek bevat of een opsomming van de door u geconstateerde tekortkomingen. (onjuistheden/onvolledigheden/subjectieve verwoordingen)*

*Ik verzoek u deze reactie voor de datum (van) 1 augustus 2014 te verstrekken.”*

(...)

- 2.7. Omdat een reactie binnen de gestelde termijn uitbleef, heeft Consument in de hierop volgende periode diverse malen contact gezocht met de medisch adviseur van Verzekeraar teneinde van hem een inhoudelijke reactie te krijgen.

- 2.8. Bij brief van 15 september 2014 ontvangt Consument van de medisch adviseur van Verzekeraar diens inhoudelijke reactie op het door Consument aangeboden gespreksverslag. In deze brief is onder andere het navolgende opgenomen:

(...)

*Onderstaand alsnog mijn reactie op het door u opgestelde gespreksverslag van ons telefoongesprek dd. 2-6-2016. Dit verslag zond u mij reeds toe op 13-6 jl. maar het is toen aan mijn aandacht ontsnapt, zo moet ik tot mijn schande bekennen. Uw herinnering naar aanleiding van het uitblijven van mijn reactie, ontving ik op 15-8, tijdens mijn vakantie. Tijdens mijn afwezigheid is daarop gereageerd door een van mijn medewerkers, [...naam...], die u op 21-8 jl. onderstaande e-mail stuurde: u bleek zelf afwezig tot 15-9. Al met al is er een behoorlijke vertraging ontstaan, waarvoor dus alsnog mijn excuses.*

*Inhoudelijk merk ik op dat ik ons telefoongesprek niet meer zo helder op het netvlies heb. Gezien de vele telefoongesprekken die ik voer, ook over dit soort onderwerpen, vervaagt de letterlijke inhoud van deze gesprekken al snel. Mijn eigen, veel minder uitgebreide telefoonnotitie, biedt ook te weinig houvast om zondermeer te stellen dat uw gespreksverslag de exacte weergave van het besprokene is; op een aantal punten lijkt mij bovendien meer sprake van uw interpretatie, dan van hetgeen feitelijk besproken/bedoeld is. Korthedshalve verwijs ik u naar mijn brief van 27-5-2014 waarin ik de werkwijze en de beoordelingsgrondslag al uitvoerig heb toegelicht.*

*Met betrekking tot de aan het advies ten grondslag liggende medische gegevens, benoem ik de ‘uitgebreide gezondheidsverklaring’ door u zelf ingevuld op 6 januari 2014 en de, met uw toestemming van uw huisarts op 8-4-2014 ontvangen medische gegevens betreffende psychische klachten en rugklachten, met daarbij gevoegd het verslag van de behandelend fysiotherapeut van 15-8-2012. Dit tezamen waren voldoende gegevens om een advies met betrekking tot de aangevraagde arbeidsongeschiktheidsverzekering te formuleren. Het is in ieder geval een misvatting dat de huisarts of welke behandelend/begeleidend specialist dan ook, eveneens naar hun mening wordt gevraagd met betrekking tot het verzekeringsrisico.*

(...)

- 2.9. Consument heeft hierna opnieuw contact opgenomen met de medisch adviseur van Verzekeraar en hem zijn onvrede over diens reactie op het voorgelegde gespreksverslag kenbaar gemaakt onder aanbieding van de geluidsopname die Consument - buiten diens medeweten - had gemaakt van het telefonisch onderhoud, zoals hierboven onder 2.6 weergegeven.
- 2.10. De medische adviseur heeft Consument daarop te kennen gegeven de discussie te willen beëindigen en Consument gewezen op de interne klachtprocedure van Verzekeraar aan welke verwijzing Consument gevolg heeft gegeven. Consument heeft daarbij zijn onvrede over de communicatie van Verzekeraar toegelicht daarbij tevens te kennen gevend dat zowel zijn huisarts als de ARBO-arts geïnformeerd wilden worden over de redenen die aan de afwijzing ten grondslag hebben gelegen. Na het doorlopen van de interne klachtprocedure heeft Verzekeraar zijn afwijzende standpunt gehandhaafd terwijl de medisch adviseur van Verzekeraar zowel de huisarts als de ARBO-arts van Consument heeft aangeschreven over de afwijzing van de verzekeringsaanvraag. Het is over dat afwijzende standpunt van Verzekeraar dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

## **2.11. Vordering, klacht en verweer**

### **3.1. Vordering**

Consument vordert dat Verzekeraar meer transparantie over zijn bedrijfsvoering en acceptatiebeleid in acht neemt, een meer professionele communicatie toepast, in het bijzonder als het gaat om diens medische dienst, en de afwijzing van de verzekeringsaanvraag van Consument in heroverweging neemt. Consument vordert tevens dat Verzekeraar excuses aanbiedt over de gang van zaken.

Grondslagen en argumenten daarvoor

Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.

Verzekeraar heeft zijn in acht te nemen zorgplicht geschonden en daarmee onrechtmatig jegens Consument gehandeld. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument vindt het bespottelijk dat de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van de overheid een klant die een bewuste levensstijl hanteert, afstraft omdat deze preventieve maatregelen heeft getroffen die het risico op mogelijk uitval in de toekomst moeten minimaliseren. Het gaat Consument er daarbij om dat van organisaties die als een verlengstuk van de overheid worden gezien zoals Verzekeraar, een bepaalde transparantie mag worden verwacht. Die transparantie ontbreekt hier omdat hierover weinig tot geen informatie te vinden is op de website van Verzekeraar terwijl de afdeling klantenservice van Verzekeraar niet op de hoogte is van het afwijkende acceptatiebeleid van Verzekeraar.
- Het is onaanvaardbaar dat Consument meer dan 3 maanden heeft moeten wachten op de reactie van de medisch adviseur op het aan hem voorgelegde verslag van het telefonisch onderhoud van 2 juni 2014 terwijl toezeggingen dat hij een reactie zou ontvangen keer op keer niet werden nagekomen.
- De inhoudelijke reactie van (de medisch adviseur van) Verzekeraar op het aangeboden gespreksverslag was in velerlei opzichten onder de maat terwijl Consument aanspraak kan maken op een fatsoenlijke reactie waaraan aandacht is besteed.

- Verzekeraar heeft nagelaten om zijn beschuldigingen te onderbouwen dat Consument - op bepaalde onderdelen - zijn persoonlijke interpretatie heeft gegeven aan het op 2 juni 2014 gevoerde telefoongesprek met de medisch adviseur.
- Verzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de door Consument afgegeven medische machtigingen en een (medisch) oordeel geveld zonder de dossiers van de fysiotherapeut respectievelijk psycholoog in te zien. Dat is op zijn minst discutabel.
- Verzekeraar is tekortgeschoten in het beantwoorden van de gerichte verzoeken om informatie van de huisarts respectievelijk de ARBO-arts naar aanleiding van de afwijzing van de verzekeringsaanvraag van Consument.

### 3.2. Verweer Verzekeraar

Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie daarop bij de beoordeling ingaan.

## 4. Beoordeling

- 4.1. De Commissie stelt vast dat de klacht van Consument in de kern hierop neerkomt dat i) Verzekeraar, die gezien moet worden als een verlengstuk van de overheid, een afwijkend acceptatiebeleid hanteert en dat van hem daarom mag worden verwacht dat hij bij de toepassing daarvan, een zekere transparantie betracht en ii) dat de wijze waarop Verzekeraar invulling heeft gegeven aan zijn acceptatieproces zowel voor als na de afwijzing van de verzekeringsaanvraag, niet zou getuigen van de zorgvuldigheid die Verzekeraar daarbij jegens Consument in acht dient te nemen. De Commissie ziet zich mitsdien gesteld voor beantwoording van de vraag of Verzekeraar door middel van het hiervoor onder i) en ii) gestelde, onrechtmatig jegens Consument heeft gehandeld.
- 4.2. Voor wat betreft het eerste onderdeel van de klacht van Consument, zoals hiervoor onder i) merkt de Commissie in de eerste plaats op dat het een verzekeraar in beginsel, binnen zekere wettelijke grenzen, vrij staat om invulling te geven aan zijn eigen acceptatiebeleid. Nu het hier gaat om de aanvraag van een *aanvullende* IPAP-verzekering is van een acceptatieplicht, zonder voorafgaande keuring, dan ook geen sprake.
- 4.3. Uitgaande van dit laatste acht de Commissie het, gezien de betrekkelijke vaagheid van de door Consument ervaren klachten, zowel als het gaat om de rug- als psyché, goed verdedigbaar dat de medisch adviseur van Verzekeraar, hem heeft geadviseerd om geen verzekeringsovereenkomst met Consument aan te gaan. Nog daargelaten dat aanvullende informatie van de fysiotherapeut of psycholoog daarin geen verandering zou hebben gebracht, omdat de van de huisarts verkregen informatie ook naar het oordeel van de Commissie al voldoende was om tot een – afwijzend - advies te komen, is het aan Verzekeraar om te bepalen of hij overgaat tot het opvragen van aanvullende informatie bij de betreffende behandelaars. Voor de impliciet geuite veronderstelling van Consument dat Verzekeraar in dit kader verplicht zou kunnen worden om gebruik te maken van de eerder door Consument afgegeven medische machtigingen, valt dan ook geen grondslag aan te wijzen.

- 4.4. Zoals hierboven onder 4.3. overwogen is van een afwijkend acceptatieproces naar het oordeel van de Commissie geen sprake. Het daarop gebaseerde verwijt van Consument dat Verzekeraar, nog daargelaten dat deze naar het oordeel van de Commissie niet kan worden aangemerkt als een verlengstuk van de overheid, onvoldoende transparantie in dat acceptatiebeleid zou hebben betracht, kan mitsdien alleen al om die reden verder onbesproken blijven.
- 4.5. De Commissie merkt daarnaast op dat de stelling van Consument dat hij zich juist tot de fysiotherapeut dan wel de psycholoog heeft gewend met het enkele oogmerk om het risico van uitval in de toekomst te voorkomen, niet blijkt uit de voorhanden zijnde medische informatie. Dat onderdeel van de klacht van Consument dat hierop lijkt neer te komen dat Verzekeraar met zijn acceptatiebeleid zijn klanten afstraft omdat hij in die schadepreventie bezoeken van Consument aan de fysiotherapeut respectievelijk de psycholoog, juist aanleiding heeft gevonden om zijn aanvraag af te wijzen, kan de Commissie dan ook, als zijnde onvoldoende onderbouwd, niet onderschrijven. Ook overigens heeft de Commissie in de stukken geen enkele aanleiding gevonden om Consument in diens verwijt te kunnen volgen.
- 4.6. Dit laatste dient ook te gelden voor dat onderdeel van de klacht van Consument dat ziet op de manier waarop Verzekeraar invulling heeft gegeven aan diens acceptatieproces zoals hierboven onder ii) weergegeven. De Commissie kan in dit verband immers niet anders dan vaststellen dat in de door Consument ingevulde gezondheidsverklaring nadrukkelijk gewezen wordt op het zogenoemde blokkeringsrecht ex artikel 7:464 lid 2 sub b van het Burgerlijk Wetboek welke bepaling hier op ziet dat een aspirant verzekeringnemer in de gelegenheid moet worden gesteld om de betreffende verzekeraar mee te delen of hij de uitslag van de keuring en de gevolgtrekking van het onderzoek als eerste wenst te vernemen teneinde te kunnen beslissen over de vraag of daarvan mededeling aan anderen gedaan kunnen worden. Dat Consument van dat blokkeringsrecht, waarmee hij had kunnen voorkomen dat Verzekeraar zijn aanvraag had kunnen afwijzen, om hem moverende redenen geen gebruik heeft gemaakt, doet daar niet aan af en ligt in zijn risicosfeer. Zoals hierboven reeds onder 4.3. werd overwogen is het bovendien aan Verzekeraar zelf om te bepalen over welke medische informatie hij dient te beschikken om tot een afgerond oordeel over de voorliggende verzekeringsaanvraag te kunnen komen. Ook dit onderdeel van de klacht van Consument faalt mitsdien.
- 4.7. Dat de medisch adviseur van Verzekeraar meer dan drie maanden heeft gewacht met een inhoudelijke reactie op het door Consument op eigen initiatief aangeboden gespreksverslag dat op verzoek van Consument tussen hem en de medisch adviseur van verzekeraar heeft plaatsgevonden, dan wel dat die uiteindelijke reactie op dat verslag in de visie van Consument niet voldeed aan zijn verwachtingen, meer in het bijzonder Verzekeraar niet de moeite heeft genomen om te onderbouwen waarom hij bepaalde onderdelen van dat gespreksverslag niet kon onderschrijven, kan niet tot het oordeel leiden dat het acceptatiebeleid van Verzekeraar als onzorgvuldig moet worden aangemerkt, nu, zoals hierboven overwogen, de Commissie reeds heeft vastgesteld dat de afwijzing van de verzekeringsaanvraag op een zorgvuldige wijze heeft plaatsgevonden. Het is immers niet aan een aspirant-verzekerde om eenzijdig te bepalen of en zo ja, in welke mate aandacht besteed moet worden aan diens al dan niet terechte wensen of klachten.

- 4.8. Alles overziende rest de Commissie geen andere conclusie dan dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar zijn zorgplicht jegens Consument heeft geschonden dan wel op enige andere wijze onzorgvuldig of onrechtmatige jegens Consument zou hebben gehandeld. De vordering van Consument kan mitsdien niet voor toewijzing in aanmerking komen.
4. **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 bindende 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/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld](http://www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld).