

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-484
(mr. P.A. Offers, voorzitter en mr. A.M.T. Wigger en J.H. Paulusma-de Waal RGA
(medisch lid) en mr. D.P. van Strien, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 8 februari 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : London General Insurance Cy. Ltd, gevestigd te Amsterdam,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 6 oktober 2016
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Woonlastenbeschermer. Uitsluiting. Heeft Verzekeraar de claim van Consument mogen afwijzen met een beroep op de uitsluitingsgrond dat geen aanspraak bestaat op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd door letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was en/of verricht is. De bewijslast dat sprake is van deze uitsluitingsgrond ligt op Verzekeraar. Voor een geslaagd beroep op deze bepaling, moet sprake zijn van letsel of ziekte waarvoor – indien geen behandeling is verricht of een diagnose is gesteld in het jaar voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering – deze behandeling wél nodig was. Een ziekte of letsel waarvoor normaliter geen behandeling vereist was, valt niet onder de reikwijdte van de uitsluitingsgrond. Beroep op uitsluitingsgrond faalt. De klacht is gegrond.

I. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de reactie van Consument op dit verweerschrift;
- de reactie van Verzekeraar daarop; en
- De verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. Op de klacht kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft op 4 juli 2006 bij de aankoop van zijn woning in Amsterdam, een woonlastenbeschermer afgesloten. De verzekering is ingegaan op 1 augustus 2006. Consument is verzekerd voor arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar. Het verzekerd maandbedrag is € 385. Op de verzekering zijn de Polisvoorwaarden Postbank Woonlasten beschermer IGH (K0904ZAW) van toepassing.
- 2.2 In Artikel 1 “Definities” wordt arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar als volgt gedefinieerd:
“(…) *g) verzekerd risico van arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar:
- van arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede ziektejaar is sprake als verzekerde, 365 dagen na de eerste dag van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid j, voor ten minste 30 dagen en rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval niet in staat is om voor 45% of meer van de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten.*
(…)”
- 2.3 De eerste dag van arbeidsongeschiktheid wordt als volgt gedefinieerd:
“(…) *j) eerste dag van arbeidsongeschiktheid:
De dag waarop verzekerde zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een medicus heeft gesteld.*”
- 2.4 Artikel 7 lid 2 van de voorwaarden luidt:
“(…) *2. De verzekering voorziet in geval van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1, lid f en g, van deze voorwaarden en met inachtneming van deze voorwaarde, in een uitkering ter grootte van het aantal aaneengesloten perioden van 30 dagen dat verzekerde arbeidsongeschikt is geweest tot een maximum van 100 van dergelijke perioden van 30 dagen vermenigvuldigd met het verzekerd maandbedrag dat op het polisblad is vermeld, zulks met inachtneming van de maximale uitkering van EUR 100.000,- als bedoeld in artikel 1 lid i, van deze voorwaarden en de gronden waarop de uitkering is uitgesloten als bedoeld in artikel 8, van deze voorwaarden.*
(…)”
- 2.5 Op het polisblad van de woonlastenbeschermer heeft Consument als volgt verklaard:
“(…) *Ook als u een vraag met “ja” beantwoordt kan de verzekering worden afgesloten, echter ziekten en/of aandoeningen die in de 12 maanden voorafgaand aan het sluiten van deze verzekering (hebben) bestaan zijn van dekking uitgesloten. Zie artikel 8 lid 1 sub e van de polisvoorwaarden Postbank Woonlasten Beschermer.*

Bent u momenteel ziek of arbeidsongeschikt?

ja

neen

Ontvangt u momenteel direct of indirect

een arbeidsongeschiktheidsuitkering?	X ja	O neen
Bent u de laatste 12 maanden onder medische behandeling geweest?	O ja	X neen”

2.6 Het artikel 8 lid 1 sub e waar naar wordt verwezen luidt als volgt:

“Artikel 8: Uitsluitingen van recht op uitkering

1) Er bestaat geen aanspraak op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd door:

(...)

e) letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was en/of verricht is.”

2.7 Consument is op 9 juli 2012 uitgevallen. Sinds 7 juli 2014 is Consument voor 80-100% arbeidsongeschikt, vanwege een burn-out en depressieve klachten. Consument heeft in oktober 2015 een claim onder de woonlastenbeschermer ingediend. Verzekeraar heeft deze afgewezen met een beroep op artikel 8 lid 1 sub e van de polisvoorwaarden.

2.8 Voorafgaand aan de afwijzing heeft Verzekeraar informatie ingewonnen bij een verzekeringsgeneeskundige, de huisarts van Consument, zijn psycholoog en bij zijn psychiater.

2.9 [..naam huisharts..], huisarts van Consument, heeft op 25 november 2015 als volgt verklaard:

“(…)
Uw patiënt geeft aan arbeidsongeschikt te zijn wegens:

a. depressie

b. dwangstoornis

c. bipolaire stoornis

1. Heeft patiënt u voor deze klacht/aandoening geconsulteerd?

a. ja

b. ja

c. ja

(...)

3. Wat is de diagnose (en wanneer is deze gesteld)?

a. depressie

b. dwang

c. bipolair

4. Wat is de behandeling en het beloop / de prognose?

a. 97

b. 99

c. 2005

Chronisch recidiverend: matige reactie op meerdere soorten medicatie onder behandeling van psychiater.s – veel jaren”

5. Is patiënt bekend tussen 01 augustus 2005 en 01 augustus 2006 met deze klacht/aandoening?

a. ja

b. ja

c. ja

Heeft patiënt u in deze periode voor deze klacht/ aandoening geconsulteerd?

a. nee

b. nee

c. nee

(...)"

2.10 [...naam psychiater..], psychiater van Consument heeft op 8 december 2015 verklaard:

"(...)

Patiënt is sinds 1-2-2007 bekend in mijn privé-praktijk. Hij melde zich toen aan met klachten van depressieve aard, bestaande uit somberheid, agitatie, verminderde concentratie en dwangmatig gedrag.

Diagnostisch is er sprake van een depressieve stoornis, recidiverend (d.d. aanvankelijk bipolaire 2 stoornis) bij een man die ten tijde van de depressies last heeft van dwangmatig gedrag. De depressieve klachten wisselen in ernst en zijn slechts matig te beïnvloeden door medicatie.

De behandeling door mij bestaat uit steunende gesprekken, en medicatie (...). Daarnaast was er een psychotherapeutische behandeling bij [...naam psycholoog 1..], psycholoog, hetgeen recent werd overgenomen door [...naam psycholoog 2..], psycholoog.

Recent is er nog de diagnose ADHD bijgekomen, en werd er Ritalin aan de medicatie toegevoegd, met zeer goed resultaat.

(...)"

2.11 [...naam psycholoog 1..], de psycholoog van Consument heeft op 30 oktober 2015 verklaard:

"(...)

[..Consument..] is bij mij in psychotherapie sinds juni 2011. Hij lijdt aan Bipolaire II Stoornis en toont ook trekken van Narcistische Persoonlijkheidsstoornis. Ik heb hem behandeld één keer per twee weken gedurende deze afgelopen twee jaar met cognitieve gedragstherapie en een psychodynamische benadering. Ook kreeg hij diverse medicaties van psychiater [...naam psychiater..].

Hij heeft geleerd hoe hij zijn stemmingswisselingen beter kon hanteren en daarbij hoe hij adequater om kon gaan met bepaalde dwanggedragingen voortvloeiend uit narcistische behoeftes. Ondanks dit allemaal blijven zijn stemmingswisselingen en stemmingsstoornissen een zeer hardnekkig probleem. Deze stemmingsstoornis hindert zijn functioneren in zijn werk en mijns inziens zal dat helaas altijd zo blijven.

(...)"

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert gehele of gedeeltelijke uitbetaling naar aanleiding van zijn claim, ofwel een restitutie van de betaalde premies.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van haar verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.

- Consument is in 2006 geaccepteerd na invulling van de gezondheidsverklaring. De verschuldigde premie heeft hij altijd betaald.
- Ten tijde van het afsluiten en in het jaar voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering verkeerde hij in goede gezondheid. Pas in 2007 heeft hij zich aangemeld bij een psychiater en zijn werk als verpleegkundige heeft hij tot in juli 2012 voor 32 uur uitgevoerd.
- Er was in 2006 weliswaar sprake van WAO, maar deze kwam niet tot uitkering omdat Consument 32 uur per week werkte.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- De huisarts van Consument heeft aangegeven dat Consument onder behandeling is van een psychiater sinds 1997, vanwege verschillende psychiatrische stoornissen. Verder blijkt uit de informatie van de Verzekeringsgeneeskundige dat Consument sedert 4 september 1999 bekend is met een WAO-uitkering vanwege psychische en fysieke klachten. Op basis van de polisvoorwaarden en deze medische informatie kan Verzekeraar de aanspraak van Consument niet honoreren.
- Persoonlijkheidsstoornissen (en trekken daarvan) en ontwikkelingsstoornissen zijn per definitie uitgesloten van dekking, omdat deze ontstaan in de adolescentie en vroege jeugd. Daarmee zijn deze stoornissen aanwezig in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingang van de verzekering, ongeacht of de diagnose gesteld is. Ook op deze grond kan de aanspraak van Consument niet worden gehonoreerd.

4. Beoordeling

4.1 De Commissie ziet zich voor de vraag gesteld of Verzekeraar de claim van Consument met een beroep op artikel 8 lid 1 sub e van de polisvoorwaarden heeft mogen afwijzen.

4.2 De Commissie stelt vast dat Consument de verzekering heeft afgesloten op 4 juli 2006. Consument heeft aangegeven dat hij, hoewel hij bekend was met WAO, tijdens het jaar voorafgaand aan het sluiten van de verzekering, hij in goede gezondheid verkeerde. Hij had geen psychische klachten en bevond zich niet onder behandeling. Pas in 2007 heeft hij zich aangemeld bij zijn psychiater, aldus Consument.

4.3 Nu Verzekeraar een beroep doet op artikel 8 lid 1 sub e van de polisvoorwaarden, is het aan Verzekeraar te bewijzen dat sprake was van een situatie als bedoeld in deze bepaling. De Commissie tekent daarbij aan dat voor een geslaagd beroep op deze bepaling, sprake moet zijn van letsel of ziekte waarvoor – indien geen behandeling is verricht of een diagnose is gesteld in het jaar voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering – deze behandeling wèl nodig was. Een ziekte of letsel waarvoor normaliter geen behandeling vereist was, valt niet onder de reikwijdte van artikel 8 lid 1 onder e van de polisvoorwaarden.

- 4.4 Verzekeraar onderbouwt haar beroep op artikel 8 lid 1 sub e van de polisvoorwaarden allereerst met een beroep op de verklaring van de huisarts. Hieruit zou blijken dat Consument vanaf 1997 onder behandeling is van een psychiater. De Commissie leest dit echter niet in de verklaring van de huisarts. Uit deze verklaring valt enkel op te maken dat Consument in 1997, 1999 en in 2005 is behandeld, dat de aandoening chronisch is, dat Consument matig reageert op meerdere soorten medicatie en dat Consument 'veel jaren' onder behandeling is van psychiaters. In de verklaring is niet opgenomen dat Consument van 4 juli 2005 tot aan 4 juli 2006 onder behandeling was van een psychiater. Nu Consument zelf heeft aangegeven in het jaar voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering geen behandeling te hebben gehad en dat hij toen een 'goede periode' had, acht de Commissie de onderbouwing van het beroep op artikel 8 lid 1 onder e van de polisvoorwaarden met enkel een verwijzing naar de verklaring van de huisarts, onvoldoende.
- 4.5 Daarbij wijst de Commissie erop dat een depressieve stoornis weliswaar chronisch is, maar dat deze zich kenmerkt door goede en minder goede periodes. Tijdens deze goede periodes kan het zeer wel zijn dat geen behandeling van de aandoening vereist is.
- 4.6 Verzekeraar grondt haar beroep op artikel 8 lid 1 sub e voorts op de omstandigheid dat sprake zou zijn van een persoonlijkheidsstoornis. Dergelijke stoornissen zouden per definitie zijn uitgesloten van dekking, nu deze ontstaan in de adolescentie en vroege jeugd. Daarmee zouden deze stoornissen aanwezig zijn in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingang van de verzekering, ongeacht of de diagnose gesteld is.
- 4.7 De Commissie merkt op dat de polisvoorwaarden persoonlijkheidsstoornissen op zichzelf niet uitsluiten. Indien Verzekeraar het beroep op artikel 8 lid 1 onder e wenst te onderbouwen met de omstandigheid dat Consument een persoonlijkheidsstoornis heeft, moet Verzekeraar zowel aantonen dat de aandoening als gevolg waarvan Consument arbeidsongeschikt is geworden, het gevolg is van of verergerd is door het bestaan van de persoonlijkheidsstoornis, en aantonen dat voor deze persoonlijkheidsstoornis behandeling vereist was in het jaar voorafgaand aan de afsluiting van de verzekering. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar dit niet afdoende heeft gedaan.
- 4.8 Allereerst geldt dat de verklaring van de psychotherapeut waarin wordt gesteld dat Consument trekken toonde van een persoonlijkheidsstoornis, wordt tegengesproken door de verklaring van de psychiater. Deze geeft aan dat de dwangmatige trekken enkel tijdens depressieve periodes tot uiting komen. Bovendien geldt wat betreft de tweede vraag dat Verzekeraar op geen enkele wijze heeft onderbouwd dat voor de persoonlijkheidsstoornissen in het jaar voorafgaand aan het aangaan van de verzekering, een behandeling heeft plaatsgevonden of vereist was.
- 4.9 Hier komt de vraag op, of in deze casus niet eerder sprake is van bepaalde karaktertrekken dan van een persoonlijkheidsstoornis, zodat geen sprake is van letsel of een aandoening in de zin van artikel 8 lid 1 onder e van de polisvoorwaarden.

Het kan zo zijn dat deze karaktertrekken zouden kunnen leiden tot een psychische decompensatie en arbeidsongeschiktheid, maar dit kan naar oordeel van de Commissie geen reden vormen op voorhand alle hieruit voortvloeiende arbeidsongeschiktheid uit te sluiten.

4.10 De Commissie concludeert dat niet is komen vast te staan dat Consument een jaar voorafgaand aan het afsluiten van de verzekering onder behandeling stond voor een aandoening die zijn arbeidsongeschiktheid heeft doen ontstaan, bevorderd of verergerd, zodat het beroep van Verzekeraar op artikel 8 lid 1 onder e van de polisvoorwaarden onvoldoende is onderbouwd.

4.11 De Commissie verklaart de klacht gegrond.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, tot uitkering zal overgaan, waarbij Verzekeraar ook aan Consument zal vergoeden een bedrag ter grootte van de reeds vervallen verzekerde maandbedragen (groot € 385), berekend vanaf de eerste dag na verstrijken van het eerste ziektejaar van Consument.

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.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.