

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2016-503**  
**(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. P.A. Offers en mr. drs. G.J. Kruithof (medisch lid), leden en mr. W.H. Luk, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 25 september 2015  
Ingediend door : Consument  
Tegen : ABN AMRO Schadeverzekering N.V., gevestigd te Zwolle,  
verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 24 oktober 2016  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument doet een beroep op haar Inkomstenverzekering bij Ongevallen. Zij stelt dat als gevolg van een val op het werk rugklachten zijn ontstaan. Consument kampt echter al geruime tijd met klachten aan haar rug. De Commissie is van oordeel dat Consument niet heeft kunnen aantonen dat de beweerde val heeft plaatsgevonden. Daarnaast is in de beschikbare medische gegevens nergens melding van die val gemaakt. Dat de rugklachten daadwerkelijk ongevalsgevolg zijn, is dan ook niet komen vast te staan. De vordering wordt afgewezen.

### **1. Procesverloop**

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier met bijlagen;
- de brief van Consument van 1 december 2015;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de verklaring van Consument met haar keuze voor bindend advies.

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

### **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een Inkomstenverzekering gesloten. De ingangsdatum van de verzekering is 26 mei 1997.
- 2.2 In de van toepassing zijnde Algemene Voorwaarden Amro Inkomstenverzekering is -voor zover relevant – het volgende bepaald:

**“1.3 Ongeval**

*Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van geweld op het lichaam van verzekerde, van buitenaf en buiten zijn wil, waardoor geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel ontstaat, dat zijn overlijden dan wel zijn blijvende invaliditeit tot gevolg heeft.*

(...)

### **2.1 Dekking**

*Ter zake van een aan verzekerde overkomen ongeval wordt een uitkering verleend, (...)*

- 2.3 Consument heeft op 23 april 2015 bij Verzekeraar een schade gemeld. Op het door Consument ondertekende schadeformulier heeft zij verklaard dat zij in 2001 in een atelier tussen de naaimachines over een lap stof en olie op de vloer is uitgegleden. Consument stelt dat zij als gevolg van het ongeval niet meer kan werken wegens een chronisch somatische aandoening aan de rug.
- 2.4 Verzekeraar heeft de schadeclaim van Consument bij brief van 1 mei 2015 afgewezen, omdat de melding niet binnen de in de verzekeringsvoorwaarden genoemde meldingstermijn van vijf jaar na het ongeval is gedaan.
- 2.5 Consument kon zich niet vinden in het afwijzende standpunt en heeft op 3 mei 2015 haar ongenoegen hierover aan Verzekeraar kenbaar gemaakt. Zij voerde daarbij onder meer aan dat zij de polis nimmer van Verzekeraar had ontvangen en dat zij simpelweg was vergeten dat zij in 1997 een inkomstenverzekering had gesloten. Op 19 mei 2015 heeft Verzekeraar Consument schriftelijk medegedeeld dat na intern overleg alsnog werd besloten de claim in behandeling te nemen. In de brief heeft Verzekeraar Consument onder meer gewezen op het volgende:
- “Wat is verzekerd op de Inkomstenverzekering bij Ongevallen?”**
- Deze verzekering keert éénmalig uit bij overlijden of bij blijvende functionele invaliditeit van 67% of meer als rechtstreeks gevolg van een ongeval. Hierbij wordt uitsluitend gekeken naar het functieverlies van het lichaam, niet of een verzekerde wel of niet kan werken. De Inkomstenverzekering bij Ongevallen is geen arbeidsongeschiktheidsverzekering. Of een verzekerde arbeidsongeschikt is en in welke mate, is voor een beroep op deze polis niet van belang.”*
- 2.6 Verzekeraar heeft hierop medische informatie bij de behandelende sector ingewonnen. De huisarts heeft op het verzoek van Verzekeraar als volgt gereageerd:
- “Uit het persoonlijke dossier van [..Consument..] heb ik geen enkele melding over het ongeval in 2001 gevonden. Waarschijnlijk gaat het over haar chronische rugklachten, welke zij al voor 2001 had. Mevrouw is bekend met HNP (hernia). Vanaf 1985 heeft zij meerdere operaties gehad, omdat zij heftige pijnklachten bleef houden. (...).”* De revalidatie-arts heeft in februari 2004 in een brief aan de orthopedisch chirurg bevestigd dat Consument al vanaf haar 13<sup>e</sup> jaar rugklachten heeft en in het verleden een aantal herniaoperaties heeft ondergaan. De anesthesiologe van het ziekenhuis heeft in maart 2003 bevestigd dat Consument al zesmaal aan de rug is geopereerd. Op basis van de ontvangen medische informatie van de behandelende sector heeft de medisch adviseur van Verzekeraar geconcludeerd dat de klachten van Consument niet het gevolg zijn van de val, maar van uitgebreide bestaande ziekteprocessen. Verzekeraar heeft de claim op 24 juli 2015 afgewezen.
- 2.7 Consument was het niet eens met het standpunt van de medisch adviseur en verzocht Verzekeraar opnieuw medische informatie bij de huisarts op te vragen, omdat de eerdere informatie volgens Consument niet volledig was. Na ontvangst van de medische machtiging, waarin Consument heeft vermeld dat sprake was van blijvende schade aan de rug, heeft Verzekeraar zich op 28 augustus 2015 opnieuw tot de huisarts van Consument gewend met het verzoek informatie te verstrekken over de gezondheidstoestand van Consument op dat moment alsmede de gevolgen van het ongeval.

Ook na ontvangst van de aanvullende informatie heeft Verzekeraar het afwijzende standpunt gehandhaafd omdat de klachten van Consument niet als ongevalsgerelateerd kunnen worden beschouwd.

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

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert van Verzekeraar uit hoofde van de Inkomstenverzekering een bedrag van € 12.500,00. Consument heeft dit bedrag als volgt gespecificeerd: f 500,00 per week is f 2000,00 per vier weken maal 13 maanden plus vakantiegeld is omgerekend ongeveer € 12.500,00.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst ten aanzien van het besluit om de claim af te wijzen omdat de klachten van Consument geen gevolg van zijn de val in 2001. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument is eerder ziek geweest (rug- en beenklachten), maar werd tijdens een WAO-keuring door een neuroloog weer aan het werk gezet. Tijdens het werk is zij echter uitgleden met letsel aan haar rug als gevolg. Consument heeft na de val in 2001 een aantal rugoperaties moeten ondergaan. Uiteindelijk is Consument volledig afgekeurd en kan zij zich alleen met een rolstoel verplaatsen. Consument was in staat om te werken en heeft dat ook gedaan. Dat Verzekeraar haar claim nu afwijst vindt Consument niet terecht.

#### *Verweer van Verzekeraar*

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende verweer gevoerd:

- In de medische stukken wordt geen melding gemaakt van een ongeval in 2001.
- Uit de medische informatie blijkt dat Consument al vanaf haar 13<sup>e</sup> jaar last heeft van rugklachten. Zij heeft al diverse operaties ondergaan. In november 2000 was al sprake van toenemende pijnklachten na een operatie in 1999/2000. Er was al sprake van een verergering van haar klachten voor het ongeval van 2001. Aangezien de klachten van Consument geen gevolg van de val zijn, komt de claim van Consument niet voor vergoeding in aanmerking.

### **4. Beoordeling**

4.1 Centraal in deze zaak staat de vraag of Verzekeraar gehouden is Consument een uitkering uit hoofde van de Inkomstenverzekering bij ongevallen toe te kennen. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt daartoe het volgende.

4.2 Uitgangspunt is dat de verzekerde die een uitkering van zijn verzekeraar vordert, aannemelijk dient te maken dat het risico waartegen de verzekering in beginsel dekking biedt, zich heeft verwezenlijkt, en die stelling onderbouwt. Consument dient in de onderhavige zaak aannemelijk te maken dat de rugklachten als plotseling en rechtstreeks gevolg van een val in 2001 zijn ontstaan.

Naar het oordeel van de Commissie is Consument hierin niet geslaagd. Zij heeft immers erkend dat zij de beweerde val niet kan aantonen, terwijl nergens in de beschikbare medische gegevens melding van die val wordt gemaakt.

- 4.3 Het hiervoor overwogene leidt tot de conclusie dat Consument onvoldoende heeft onderbouwd dat een ongeval zoals omschreven in artikel 1.3 van de verzekeringsvoorwaarden heeft plaatsgevonden. Dat de rugklachten daadwerkelijk ongevalsgevolg zijn, is dan ook niet komen vast te staan. De vordering van Consument wordt derhalve afgewezen.

## **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 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).*

*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.*