

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-519
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger en drs. A. Paulusma-de Waal,
arts, RGA en mr. S.W.A. Kelterman, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 24 november 2015
Ingediend door : Consument
Tegen : Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 31 oktober 2016
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Op de arbeidsongeschiktheidsverzekering van Consument, ingangsdatum 1 maart 2014, is op advies van de medisch adviseur een medische uitsluitingsbepaling opgenomen in verband met een kleine CVA (*Cerebro Vasculair Accident*) in april 2013: *Uitsluiting van elke invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid in verband met, danwel voortkomend uit 1. CVA en 2. aandoeningen van de bloedvaten, de gevolgen en consequenties ervan*. Op verzoek van Consument heeft de medisch adviseur zijn beslissing toegelicht: Gelet op de aard van de klachten/aandoening is het risico substantieel verhoogd ten opzichte van de groep mensen waar dit allemaal niet speelt. Een verzoek van Consument om de uitsluiting te beperken tot het CVA is afgewezen. De Commissie oordeelt dat Verzekeraar de clause voor aandoeningen van de bloedvaten ongewijzigd kan handhaven. Verzekeraar heeft voldoende onderbouwd dat een verhoogd risico aanwezig is dat Consument aanspraak kan maken op een uitkering op grond van de verzekering vanwege aandoeningen van de bloedvaten. Verzekeraar en zijn medisch adviseur hebben op voldoende en op juiste wijze (medische) informatie verzameld om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen. Dit oordeel is overeenkomstig hetgeen gebruikelijk is onder geneeskundig adviseurs hier te lande. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de medische informatie de handhaving als redelijk handelend verzekeraar van voornoemde in de polis opgenomen uitsluitingsclausule.

1. Procesverloop

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

- Het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar dd. 6 januari 2016;
- de reactie daarop van Consument d.d. 26 januari 2016;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies en dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

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

- 2.1 Consument heeft in januari 2014 bij Verzekeraar een aanvraag ingediend voor een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering. Op de gezondheidsverklaring heeft hij vermeld dat hij rond 20 april 2013 een kleine CVA heeft gehad.

De medisch adviseur van Verzekeraar heeft Consument op 18 februari 2014 onder andere het volgende meegedeeld:

Medisch advies

*Op basis van de ontvangen medische gegevens concludeer ik dat bij u sprake is van een hoger risico dan bij verzekerden, waarbij deze klachten/aandoeningen niet aan de orde zijn (geweest). Daarom adviseer ik de acceptatieafdeling van Loyalis u voor de arbeids-ongeschiktheidsverzekering (IPAP) te accepteren, echter met een uitsluiting en/of een wachttermijn. Deze leest u op uw polisblad. De polis en polisvoorwaarden ontvangt u binnenkort.
(...)*

- 2.2 De verzekering is ingegaan op 1 maart 2014. Op het certificaat staan de volgende ‘Bijzondere bepalingen’:
Uitsluiting van elke invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid in verband met, danwel voortkomend uit “1. CVA en 2. aandoeningen van de bloedvaten”, de gevolgen en consequenties ervan.

In de begeleidende brief staat onder andere het volgende vermeld:

Uw verzekering

U ontvangt hierbij uw certificaat en de polisvoorwaarden. De ingangsdatum van uw verzekering is 1 maart 2014. In de periode tussen uw aanvraag en ingang van uw verzekering bent u verzekerd voor arbeidsongeschiktheid door een ongeval.

Uitsluiting en/of wachttermijn

Is er om medische redenen een uitsluiting en/of een wachttermijn op uw verzekering van toepassing, dan heeft onze medisch adviseur u hierover geïnformeerd. In dat geval staat dit op uw polis. Meer informatie vindt u in de polisvoorwaarden.

- 2.3 Op telefonisch verzoek van Consument heeft de medisch adviseur zijn beslissing toegelicht in een brief d.d. 26 maart 2014. Brieven van Consument met het verzoek de uitsluiting ‘aandoeningen van de bloedvaten’ nader te specificeren en enkele voorbeelden te noemen van aandoeningen van het vaatstelsel die al dan niet onder de gespecificeerde uitsluiting vallen, heeft de medisch adviseur op 23 juni 2014, 1 september 2014 en 23 oktober 2014 beantwoord: Gelet op de aard van de klachten/aandoening is het risico substantieel verhoogd ten opzichte van de groep mensen waar dit allemaal niet speelt. Een ongeclausuleerde acceptatie binnen de verzekeringsvoorwaarden is niet mogelijk.
- 2.4 Op een door Consument bij brief d.d. 25 november 2014 gestelde vraag naar mogelijkheden van ‘beroep’ of ‘second opinion’ is op 8 december 2014 geantwoord met een verwijzing naar de interne klachtprocedure en naar Kifid.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering van Consument

- 3.1 Consument vordert primair een beperking van de uitsluiting tot CVA. Anders, wanneer aandoeningen van de bloedvaten deels als uitsluiting gehandhaafd blijven: concrete specificaties, uitleg en argumentering van de aandoeningen die wel en niet onder de uitsluiting vallen (dus bij voorkeur met expliciete voorbeelden) en een heldere opname van die begrenzing(en) van (groepen van) aandoeningen in de formulering van de uitsluiting in de polis.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. De uitsluiting is onnodig breed en onvoldoende onderbouwd.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- De medisch adviseur heeft zijn advies in de brieven aan Consument d.d. 26 maart 2014, 23 juni 2014 en 1 september 2014 toegelicht. Verzekeraar heeft dat advies overgenomen.
 - Bij de risicobeoordeling die Verzekeraar bij de aanvraag van de verzekering doet, dient beoordeeld te worden wat de kans is dat een potentiële verzekerde arbeidsongeschikt wordt en als gevolg daarvan aanspraak zal doen op de verzekering. Een verzekeraar mag vervolgens zelf bepalen onder welke voorwaarden hij een verzekering wil sluiten.
 - Verzekeraar heeft ervoor gekozen een uniform premietarief te hanteren voor al zijn klanten. Dat betekent dat Verzekeraar geen risico-opslag hanteert voor verzekerden bij wie een verhoogd risico speelt. In plaats daarvan werkt Verzekeraar met uitsluitingen op de polis. Daarbij is Verzekeraar UWV-volgend en houdt hiermee ook rekening bij de formulering van de uitsluitingen. Bovendien wordt bij de formulering van de uitsluitingen niet alleen rekening gehouden met een specifieke aandoening die zich reeds heeft geopenbaard, maar ook met daaraan ten grondslag liggende dan wel onder-liggende aandoeningen.
 - De medische beoordeling door de verzekeringsarts betreft een specialistische aangelegenheid en elke casus dient op zijn eigen merites beoordeeld te worden. Ter ondersteuning maakt de verzekeringsarts daarbij gebruik van richtlijnen van grote herverzekeraars zoals General Reinsurance Corporation (Gen Re) en Swiss Reinsurance Company (Swiss Re). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van ervaringscijfers op basis van de verzekerde populatie bij Verzekeraar.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar de clause voor aandoeningen van de bloedvaten na de herbeoordeling door Verzekeraar ongewijzigd kan handhaven. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend.

4.2 Verzekeraar heeft voldoende onderbouwd dat een verhoogd risico aanwezig is dat Consument aanspraak kan maken op een uitkering op grond van de verzekering vanwege aandoeningen van de bloedvaten. Verzekeraar en zijn medisch adviseur hebben op voldoende en op juiste wijze (medische) informatie verzameld om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen. Dit oordeel is overeenkomstig hetgeen gebruikelijk is onder geneeskundig adviseurs hier te lande. Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de medische informatie de handhaving als redelijk handelend verzekeraar van voornoemde in de polis opgenomen uitsluitingsclausule.

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.]

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.