

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2017-075
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, J.H. Paulusma-de Waal RGA
(medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 18 april 2016
Ingediend door : Consumenten
Tegen : Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 25 januari 2017
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Verzekerde is in december 2012 een ongeval overkomen (achterop aanrijding). Daarna hield zij klachten van haar schouder. Zij is in maart 2015 overleden. Tussen het ongeval en het overlijden bestaat geen verband. Namens de erven van Verzekerde is in juli 2015 een claim ingediend op de ongevallenverzekering. Verzekeraar heeft de claim afgewezen. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat de mate van blijvende invaliditeit vanwege het overlijden van Verzekerde en vanwege de late melding van het ongeval niet meer valt vast te stellen. De Commissie heeft op grond van het medisch dossier geoordeeld dat de klachten van Verzekerde wijzen op slijtage en dat de klachten geen rechtstreeks ongevalsgevolg zijn. Van blijvende invaliditeit in de zin van de verzekering is geen sprake. De Commissie heeft de vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

- het namens Consumenten ingediende klachtformulier met bijlagen;
- het verweerschrift met bijlage van Verzekeraar;
- de namens Consumenten ingezonden repliek;
- de dupliek;
- de namens Consumenten ingezonden medische stukken;
- de reactie van Verzekeraar op die medische stukken;
- het advies van de medisch adviseur van Verzekeraar.

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. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Wijlen [..naam verzekerde..], verder te noemen Verzekerde, was via haar werkgever bij Verzekeraar verzekerd tegen ongevallen (collectieve ongevallenverzekering voor woningcorporaties). Op 13 december 2012 is Verzekerde een ongeval overkomen. Zij werd achterop aangereden. Daarna hield zij klachten van de rechterschouder. Verzekerde is in maart 2015 overleden. Tussen het ongeval en het overlijden bestaat geen verband.
- 2.2 Namens de erven van Verzekerde is op 15 juli 2015 bij Verzekeraar een claim op de ongevallenverzekering ingediend. Verzekeraar heeft de claim afgewezen. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat de mate van blijvende invaliditeit vanwege het overlijden van Verzekerde en de late melding van het ongeval niet meer valt vast te stellen. Daarbij komt dat de claim is onderbouwd met slechts één medisch stuk, te weten een rapportage van de verzekeringsarts van de rechtsbijstandsverzekeraar van Verzekerde. Deze rapportage is naar de mening van Verzekeraar te summier en te veel gebaseerd op veronderstellingen.
- 2.3 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (Polisvoorwaarden Ongevallenverzekering Collectief) bepalen, voor zover relevant:

“Artikel 1. Begripsomschrijving

(...)

1.6 Ongeval

Een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijke letsel is ontstaan.

(...)

Artikel 4. Omvang van de verzekering

Rubriek B: bij blijvende invaliditeit

In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde – mits ontstaan binnen twee jaar na en als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval – wordt de uitkering vastgesteld op een percentage van het voor blijvende invaliditeit verzekerde bedrag.

Artikel 6 Aangifte van een ongeval

6.1 Termijnen van aanmelding

(...)

- In geval van blijvende invaliditeit is de verzekeringnemer en/of verzekerde verplicht de maatschappij zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden, kennis te geven van een ongeval, waaruit een recht op een uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan. Wordt de aanmelding later gedaan, dan kan niettemin een recht op uitkering ontstaan, mits wordt aangetoond dat:

- de blijvende invaliditeit het uitsluitend gevolg is van een ongeval;*
- de gevolgen van het ongeval niet door ziekte, gebrekkigheid of een niet normale lichaams- of geestesgesteldheid zijn vergroot;*
- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.*

Artikel 7 Vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit

7.1 Wijze van vaststelling

De mate van blijvende invaliditeit zal worden vastgesteld in Nederland door middel van medisch onderzoek. Aan de medicus zal gevraagd worden:

- in geval van artikel 8.1.1: het percentage (functie-)verlies van een bepaald lichaamsdeel of orgaan:
- in geval van artikel 8.1.3: het percentage functieverlies van het lichaam als geheel.

De bepaling van het percentage (functie-)verlies geschiedt volgens objectieve maatstaven, en wel overeenkomstig de laatste uitgave van de “Guides tot he Evaluation of Permanent Impairment” van de American Medical Association (A.M.A.) aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse specialistenverenigingen.

(...)

Artikel 9 Invloed van bestaande invaliditeit of ziekte

9.1 Algemeen

Indien de gevolgen van het ongeval vergroot zijn door ziekte, gebrekkigheid of een niet normale lichaams- of geestesgesteldheid van de verzekerde, wordt voor de vaststelling van de uitkeringen uitgegaan van de gevolgen, die het ongeval gehad zou hebben, indien de verzekerde geheel valide en gezond zou zijn.”

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consumenten

3.1 Consumenten vorderen uitkering onder de ongevallenverzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.
- Uit het medisch dossier blijkt onomstotelijk dat het letsel aan de schouder van Verzekerde het gevolg is van het ongeval. Voorafgaand aan het ongeval was geen sprake van beperkingen. Ook daarna hebben zich geen ontwikkelingen voorgedaan die anders uitwijzen. Verzekerde is vanaf het ongeval doorlopend onder controle van haar behandelend artsen geweest en heeft hun adviezen altijd opgevolgd.
 - Verzekeraar heeft de klacht over de afwijzing van de claim niet zorgvuldig, inhoudelijk behandeld. Als de rapportage van de verzekeringsarts van de rechtsbijstandsverzekeraar onduidelijkheden bevat had Verzekeraar contact met die verzekeringsarts moeten opnemen. Nu is de zaak op woordgebruik afgedaan.

Verweer Verzekeraar

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

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consumenten als erfgenamen van Verzekerde recht hebben op een uitkering onder de ongevallenverzekering. De Commissie toetst in dit verband aan het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden dat onder ongeval wordt verstaan een plotseling, onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan (artikel 1.6). Daarbij dient te zijn aangetoond dat de blijvende invaliditeit het uitsluitend gevolg is van een ongeval (artikel 6.1 en 9.1).

- 4.2 Op grond van het medisch dossier – dat namens Consumenten tijdens de schriftelijke procedure bij Kifid is aangevuld met medische stukken van de behandelend artsen, welke stukken Verzekeraar desgevraagd geen aanleiding hebben gegeven om zijn standpunt te herzien – neemt de Commissie als vaststaand aan dat Verzekerde een ongeval is overkomen; zij is van achteren aangereden. Op de SEH in het ziekenhuis is de aandacht met name uitgegaan naar de rug, nek en pink. De diagnose is gesteld op een contusio van de wervelkolom en de pink. Schouderklachten worden dan niet vermeld. Een dag later worden ook pijnklachten ter hoogte van de rechterschouder aangegeven. Een traumatisch letsel van de schouder c.q. schoudergordel is niet aangetoond. Verzekerde is dan ook niet op haar schouder gevallen of met haar schouder ergens tegenaan gekomen. Mogelijk heeft de veiligheidsgordel druk gegeven op de schouder en/of naar de nek uitstralende pijn veroorzaakt. Nadat de klachten aanvankelijk verbeterden, is het daarna weer slechter gegaan. Diagnostisch wordt melding gemaakt van een artrose van het AC gewricht en een daardoor klem zittende pees. De fysiotherapeut maakt in een latere fase melding van degeneratieve veranderingen van de supraspinatus pees (spier van de schouder). Deze bevindingen wijzen naar het oordeel van de Commissie op slijtage en zijn geen rechtstreeks ongevalsgevolg. Dit geldt ook voor de klachten die persisteren na de ingreep aan het AC gewricht.
- 4.3 Gezien het vorenstaande komt de Commissie tot de conclusie dat, aangezien de klachten van Verzekerde niet uitsluitend het gevolg zijn van het ongeval, geen sprake is van blijvende invaliditeit in de zin van de verzekering en dat Consumenten daarom geen recht hebben op uitkering. Verzekeraar is niet toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consumenten dan ook af.

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.