

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-141
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger en mr. J.S.W. Holtrop en
mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 5 juli 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : London General Insurance Company Ltd, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen
Verzekeraar
Datum uitspraak : 24 februari 2017
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument is door een bedrijfsongeval volledig arbeidsongeschikt geraakt voor haar eigen werk. Verzekeraar is gaan uitkeren vanaf de datum dat de bedrijfsarts Consument volledig arbeidsongeschikt achtte voor zowel haar eigen werk als voor passend werk. Tussen Consument en Verzekeraar is discussie ontstaan over de vraag of Consument, die na het ongeval niet meer heeft gewerkt, in staat was om passend werk te verrichten. De Commissie heeft op grond van een objectieve uitleg van de verzekeringsvoorwaarden geoordeeld dat het feit dat Consument door de bedrijfsarts in staat werd geacht om passend werk te verrichten niet aan het hebben van dekking in de weg staat en heeft de vordering van Consument toegewezen.

I. Procesverloop

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

- de namens Consument ingediende klachtbrief met bijlagen;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het namens Verzekeraar ingezonden verweerschrift met bijlagen;
- de namens Consument ingezonden repliek met bijlagen;
- de namens Consument ingezonden aanvulling op de repliek;
- de dupliek;
- de verklaring van Consument met haar keuze voor bindend advies.

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

De Commissie is van oordeel 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 Consument, geboren op [dd-mm] 1972, heeft met ingang van 1 september 2005 bij Verzekeraar een verzekering Woonbeschermer + afgesloten met dekking bij arbeidsongeschiktheid. Verzekerd maandbedrag; € 810,00. Eigen risico: 365 dagen. Uitkeringsduur: 120 maanden. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: HVW 0105 AW.
- 2.2 Consument is op 30 januari 2014 arbeidsongeschikt geraakt. Zij maakte op 23 juli 2015 bij Verzekeraar melding van haar arbeidsongeschiktheid.
- 2.3 De bedrijfsarts van de Arbodienst schreef op 16 maart 2016 aan de medisch adviseur van Verzekeraar: “Mevrouw (naam Consument) was vanaf 10 september 2014 tot 26 juni 2015 belastbaar voor passend werk in het tweede spoor, fulltime want er werd geen urenbeperking vastgesteld. Op 26 juni 2015 is mevrouw (naam Consument) door mij volledig arbeidsongeschikt geacht en is dat tot heden gebleven.” Verzekeraar is gaan uitkeren vanaf 26 juni 2015.
- 2.4 De verzekeringsvoorwaarden bepalen onder het kopje “Nadere regeling met betrekking tot arbeidsongeschiktheid”(pagina 3):
“Gedurende de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze zal gelden door administrateur worden vastgesteld aan de hand van in te winnen informatie van onder andere; de arbodienst, werkgever, reïntegratiebedrijf of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen.”
“Gedurende het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde (al dan niet aangepaste) werkzaamheden (in het kader van reïntegratie) verricht af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, werkte. Werkzaamheden die op arbeidstherapeutische basis worden verricht blijven bij het bepalen van het arbeidsongeschiktheidspercentage buiten beschouwing.”
Onder ‘arbeidsongeschiktheid’ wordt blijkens de begripsbepalingen zoals opgenomen op pagina 1 van de verzekeringsvoorwaarden verstaan:
“Arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede ziektejaar: van arbeidsongeschiktheid is sprake als verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval, niet in staat is om voor 45% van de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten.”

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering over de periode van 10 september 2014 tot 26 juni 2015.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.
- Consument heeft op 30 januari 2014 een bedrijfsongeval gehad en is sindsdien 100% arbeidsongeschikt. Zij was en is nog steeds niet in staat om te werken, niet in het eerste spoor (interne reïntegratie bij de eigen werkgever) en niet in het tweede spoor (externe reïntegratie bij een andere werkgever). De bedrijfsarts heeft in zijn brief van 16 maart 2016 een onjuist advies afgegeven.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Het advies van de bedrijfsarts van 16 maart 2016 is door Consument zonder succes aangevochten bij de Arbodienst. Dit advies (en de reïntegratie activiteiten van de werkgever en de werknemer) is door het UWV getoetst bij de WIA-aanvraag. Het UWV heeft geoordeeld (anders had het UWV wel een sanctie tot loondoorbetaling aan de werkgever opgelegd) dat de bedrijfsarts adequaat heeft geadviseerd.
 - De bedrijfsarts heeft naar de mening van Verzekeraar veelvuldig en gedegen onderzoek verricht naar de mate van geschiktheid van Consument voor passend en eigen werk. Uit het dossier blijkt niet dat Consument niet in staat was om werkzaamheden in het tweede spoor te verrichten.
 - Dat Consument over de periode 30 januari 2015 tot en met 26 juni 2015 (de eigen risicoperiode belooft een jaar) volledig arbeidsongeschikt is geweest of dat de (mate van) arbeidsongeschiktheid recht zou geven op een uitkering onder de verzekering is vooralsnog niet aangetoond en wordt door Verzekeraar dan ook niet erkend. Hij verwerpt de aanspraak op uitkering over de periode tot 26 juni 2015.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op uitkering onder de verzekering over de periode van 10 september 2014 tot 26 juni 2015. De Commissie is van oordeel dat Consument vanwege de eigen risicoperiode van 365 dagen in dit geval geen aanspraak op uitkering heeft over de periode van 10 september 2014 tot 30 januari 2015 en overweegt vervolgens het volgende.
- 4.2 De Commissie stelt vast dat partijen twisten over de vraag of Consument in staat was om in genoemde periode passend werk (in de tweede lijn) te verrichten. Of Consument alleen recht heeft op uitkering onder de verzekering als zij niet in staat is om passend werk te verrichten, is een vraag van uitleg van de betreffende bepaling in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Op pagina 3 van de verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald dat de mate van arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid wordt bepaald door het aantal uren dat verzekerde (al dan niet aangepaste) werkzaamheden (in het kader van re-integratie) verricht af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal werkte.

Uitgangspunt voor de uitleg van verzekeringsvoorwaarden die deel uit maken van een provinciale polis vormen de criteria die volgen uit onder andere de volgende uitspraken: Hof Amsterdam 30 september 2008, ECLI:NL:GHAMS:2008:BG2107 en Hof Leeuwarden 3 augustus 2010, ECLI:NL:GHLEE:2010:BN3280. Uit deze uitspraken volgt dat als over de voorwaarden niet is onderhandeld, de uitleg daarvan met name afhankelijk is van *objectieve* factoren, zoals de bewoordingen waarin de betreffende bepaling is gesteld, gelezen in het licht van de verzekeringsvoorwaarden in het geheel. Nu over de onderhavige verzekeringsvoorwaarden, die deel uitmaken van een provinciale polis, niet is onderhandeld, dienen deze *objectief* te worden uitgelegd. De Commissie stelt vast dat de voorwaarden spreken over het aantal uren dat verzekerde gedurende het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid *werkzaamheden heeft verricht* en niet over het aantal uren dat verzekerde *in staat was om passend werk te verrichten*. Met inachtneming hiervan oordeelt de Commissie als volgt.

- 4.3 Op grond van het dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument gedurende de genoemde periode 100% arbeidsongeschikt was (voor haar eigen werk) en geen werkzaamheden heeft verricht. De verzekering biedt, gelet op de bepaling op pagina 3 van de verzekeringsvoorwaarden, dan dus dekking. Dit geldt temeer daar Consument arbeidsongeschikt is in de zin van de op pagina 1 van de verzekeringsvoorwaarden opgenomen begripsomschrijving (zie de definitie hierboven onder 2.4).
- 4.4 Aan de beantwoording van de vraag of Consument al dan niet in staat was om in de genoemde periode passend werk te verrichten komt de Commissie dan, gelet op het vorenstaande, niet meer toe.
- 4.5 De conclusie is dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom toe.

5. **Beslissing**

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument een uitkering verstrekt over de periode van 30 januari 2015 tot 26 juni 2015, en wijst het meer of anders gevorderde 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.