

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-145**  
**(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger,**  
**drs. A. Paulusma – de Waal, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 7 juli 2015  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar.  
Datum uitspraak : 28 februari 2017  
Aard uitspraak : bindend advies

## **Samenvatting**

Op april 2012 heeft Consument bij Verzekeraar een aanvraag ingediend voor een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering IPAP. In reactie daarop heeft Verzekeraar hem ter invulling een uitgebreide gezondheidsverklaring toegestuurd. Omdat Verzekeraar deze verklaring niet retour had ontvangen heeft hij Consument gerappelleerd. In mei 2012 heeft Consument een MRI-scan ondergaan op grond waarvan bij hem een hernia in zijn rug is vastgesteld. Nadat Verzekeraar Consument er nogmaals aan had herinnerd dat hij de gezondheidsverklaring nog niet had geretourneerd, heeft Consument deze verklaring alsnog toegezonden. Hierin wordt melding gemaakt van rugklachten. Van 28 september tot 8 oktober 2012 is Consument arbeidsongeschikt geweest. Met ingang van 1 oktober 2012 is Consument door middel van een zogenoemde blanco acceptatie alsnog toegelaten tot de collectieve aanvullende verzekering. In de algemene voorwaarden van deze verzekering is onder andere opgenomen dat geen recht op uitkering bestaat: *a. Indien de eerste ziekteverzuimdag vóór de aanvangsdatum van de verzekering ligt; b. Indien bij aanvang van de verzekering reeds sprake is van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, zal toename van de arbeidsongeschiktheid niet tot een uitkering kunnen leiden indien de toename van de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van dezelfde oorzaak dan de oorzaak die ten grondslag ligt aan de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid die reeds op het moment van aanvang van deze verzekering bestond, tenzij verzekerde aantoont dat er sprake is van verschillende oorzaken;*

Op 18 oktober 2012 is Consument opnieuw voor zijn werk uitgevallen als gevolg van acute rugklachten. Na twee jaar ziekte heeft Consument een beroep gedaan op de door zijn werkgever gesloten collectieve IPAP-verzekering. Uitkering ter zake heeft Verzekeraar Consument ontzegd. Vordering van Consument dat Verzekeraar hem alsnog een uitkering moet toewijzen op grond van bovengenoemde bepaling onder b, wordt door de Commissie afgewezen omdat dat Consument naar haar oordeel onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij in eerste instantie gedeeltelijk is uitgevallen als gevolg van een verkoudheid en zijn arbeidsongeschiktheid later is toegenomen als gevolg van acute rugklachten. Dat brengt mee dat Verzekeraar het beroep van Consument op het bepaalde onder artikel 4.3 sub b van de toepasselijke voorwaarden terecht heeft afgewezen.

## **I. Procesverloop**

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

- de klachtbrief met bijlagen van Consument;
- het verweerschrift van Verzekeraar;

- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies. Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 9 december 2016 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Op 5 april 2012 heeft Consument bij Verzekeraar een aanvraag ingediend voor een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering IPAP in reactie waarop Verzekeraar hem een uitgebreide gezondheidsverklaring heeft toegestuurd. Omdat Verzekeraar deze verklaring niet retour had ontvangen heeft hij Consument op 18 mei 2012 gerappelleerd.
- 2.2 In mei 2012 heeft Consument een MRI-scan ondergaan op grond waarvan bij hem een hernia in zijn rug is vastgesteld.
- 2.3 Op 7 juni 2012 heeft Verzekeraar Consument er nogmaals aan herinnerd dat hij de uitgebreide medische verklaring nog niet heeft ontvangen. In de gezondheidsverklaring die hierna alsnog door Verzekeraar wordt ontvangen wordt melding gemaakt van rugklachten waarvoor Consument in 2010 fysiotherapie heeft ondergaan. In de verklaring wordt aangegeven dat Consument sinds begin 2011 klachtenvrij is.
- 2.4 Van 28 september tot 8 oktober 2012 is Consument arbeidsongeschikt geweest.
- 2.5 Met ingang van 1 oktober 2012 is Consument door middel van een zogenoemde blanco acceptatie alsnog toegelaten tot de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering, die voorziet in een dekking van inkomensverlies bij gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheid. Op de verzekering zijn van toepassing de voorwaarden IPAP Werkgever 01/01/2007.
- 2.6 In de algemene voorwaarden van deze verzekering zijn onder andere de volgende bepalingen van belang:  
(...)  
**Algemene Voorwaarden**  
**Hoofdstuk I Begrippen**  
**Artikel I Begripsomschrijvingen**  
[...]  
**I. arbeidsongeschiktheid**  
*Volledig en duurzaam arbeidsongeschikt krachtens de IVA of gedeeltelijk arbeidsongeschikt of tijdelijk volledig maar niet duurzaam arbeidsongeschikt krachtens de WGA.*

*De mate van arbeidsongeschiktheid bedraagt minimaal 35%. De eerste ziekteverzuimdag is bepalend voor het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid.*

**o. eerste ziekteverzuimdag**

*De eerste dag zoals vastgesteld door het UWV waarop de verzekerde verzuimt tengevolge van ziekte, gebrek of ongeval, zwangerschap of bevalling waarop na verloop van tijd de IVA uitkering of WGA uitkering wordt gebaseerd.*

*(...)*

**Hoofdstuk 2 Uitkering**

*(...)*

**Artikel 4 Uitsluitingen**

*(...)*

3. *Eveneens bestaat geen recht op uitkering:*

a. *Indien de eerste ziekteverzuimdag vóór de aanvangsdatum van de verzekering ligt;*

b. *Indien bij aanvang van de verzekering reeds sprake is van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, zal toename van de arbeidsongeschiktheid niet tot een uitkering kunnen leiden indien de toename van de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van dezelfde oorzaak dan de oorzaak die ten grondslag ligt aan de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid die reeds op het moment van aanvang van deze verzekering bestond, tenzij verzekerde aantoont dat er sprake is van verschillende oorzaken;*

*(...)*

2.7 Op 18 oktober 2012 is Consument opnieuw voor zijn werk uitgevallen als gevolg van acute rugklachten.

2.8 Op 11 augustus 2014 is Consument door het UWV gekeurd in het kader van de WIA. In de daarover verschenen rapportage van de UWV-verzekerings-geneeskundige van 14 augustus 2014 is het volgende opgenomen:

*(...)*

*Op 28.09.2012 AO /ziekmelding wegens recidief c.q. progressie van reeds lang bestaande rugklachten. Sinds november 2011 weer in toenemende mate klachten en beperkingen. Via de huisarts naar de specialist verwezen. In mei 2012 MRI gemaakt: hernia L4 -L5 zichtbaar. Behandeld met proefblokkades en meerdere injecties. Deze hadden niet het gewenste effect. De klachten namen alleen maar toe.*

*(...)*

*In de rapportage wordt vervolgens door de verzekeringsarts aangegeven dat betrokkene op 16.10.2014 in een telefonisch contact heeft medegedeeld dat hij niet zou zijn uitgevallen met rugklachten, maar wegens andere medische problematiek en dat er pas vanaf 18.10.2012 verzuim was wegens rugklachten omdat het gezien de ernst van de klachten niet meer ging.*

2.9 Op verzoek van Consument heeft ook zijn werkgever in 2015 zijn ziekmelding van 28 september 2012 met terugwerkende kracht aangepast omdat Consument volgens zijn opgave op 28 september 2012 zou zijn uitgevallen als gevolg van een verkoudheid en hij na enkele dagen het werk weer had hervat.

- 2.10 Na twee jaar ziekte heeft Consument een beroep gedaan op de door zijn werkgever gesloten collectieve IPAP-verzekering.
- 2.11 Bij brief van 8 april 2015 heeft Verzekeraar Consument te kennen gegeven dat hij geen rechten kan ontlenen aan de IPAP-verzekeraar. Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar is het over dat afwijzend standpunt dat Consument een klacht heeft voorgelegd.

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

#### *3.1 Vordering Consument*

Consument vordert dat Verzekeraar alsnog overgaat tot uitkering uit hoofde van de IPAP-verzekering.

#### *3.2 Grondslagen en argumenten daarvoor*

Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar te kort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst door Consument een uitkering op basis van deze verzekering te ontzeggen. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Er is sprake van twee perioden van arbeidsongeschiktheid van Consument. Deze vinden hun oorzaak in twee verschillende ziektebeelden. Bovendien is bij de tweede arbeidsongeschiktheid sprake van een 100 % uitval terwijl dat bij de eerste arbeidsongeschiktheid slechts 30 % was. Na de eerste arbeidsongeschiktheidsmelding van 28 september 2012 is de arbeidsongeschiktheid van Consument door een andere oorzaak - t.w. acute rugklachten - toegenomen naar 100 %. De eerdere ziekteverzuimdag van 28 september 2012 dient dan ook buiten beschouwing te blijven. Daarbij komt dat het de werkgever van Consument is geweest die Consument op 28 september 2012 respectievelijk 8 oktober 2012 ziek respectievelijk beter heeft gemeld. Consument staat daar buiten. Het is enkel omdat beide ziekmeldingen hebben plaatsgevonden binnen een periode van 30 dagen dat het UWV 28 september 2012 als eerste ziekteverzuimdag heeft aangehouden en niet 18 oktober 2012. Dat mag er echter niet toe leiden dat Consument op grond daarvan een uitkering wordt ontzegd want dat is niet in overeenstemming met artikel 4 lid 3 sub b. Het zou bovendien op grond van het bepaalde in artikel 6:248 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek in strijd zijn met de redelijkheid en billijkheid waarmee overeenkomsten ten uitvoer moeten worden gebracht.
- De uiteindelijke totstandkoming van de verzekering heeft als gevolg van het onzorgvuldig handelen van Verzekeraar te lang geduurd. Zo Verzekeraar zorgvuldiger gehandeld zou hebben dan zou deze discussie zich niet hebben voorgedaan.

#### *3.3 Verweer Verzekeraar*

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

- Consument was al voor 1 oktober 2012, de ingangsdatum van deze verzekering arbeidsongeschikt, er was namelijk sprake van een doorlopend ziekteverzuim dat was aangevangen voor de ingangsdatum van de verzekering terwijl de arbeidsongeschiktheid van Consument niet verder is toegenomen door een andere oorzaak.

Het bepaalde onder artikel 4 lid 3 sub b van hoofdstuk 2 van de algemene voorwaarden van deze verzekering is dan ook niet van toepassing.

- Consument gaat er aan voorbij dat het UWV heeft bepaald dat Consument per 7 oktober 2014 arbeidsongeschikt werd verklaard als gevolg van het verzuim dat is ingetreden per 28 september 2014 en dat hem op grond daarvan een IVA-uitkering werd toegekend. Het UWV heeft kennelijk geen redenen gezien om als eerste ziekteverzuimdag 18 oktober 2012 aan te houden.
- Consument onderbouwt zijn stelling dat zijn op 28 september 2012 ingetreden verzuim het gevolg zou zijn geweest van een verkoudheid en dat de aandoening van zijn rug zich pas op 18 oktober 2012 manifesteerde, niet met medische bewijsstukken. Verzekeraar dient er kort gezegd dan ook maar vanuit te gaan dat dit klopt. Het argument is bovendien niet relevant. Uit het bepaalde onder artikel 1 sub o van de algemene voorwaarden volgt immers dat de eerste ziekteverzuimdag moet worden gedefinieerd als de dag waarop de verzekerde volgens het UWV verzuimd heeft ten gevolge van een gebrek, ziekte of ongeval en waarop na verloop van tijd de IVA of WGA-uitkering wordt toegekend. Loyalis baseert zich dan ook op de beschikking van het UWV want die is bepalend. Consument mag dan wel meer zijn gaan verzuimen dan hij had gedaan als gevolg van zijn verkoudheid maar hij was nog niet arbeidsongeschikt in de zin van artikel 1 sub l van de algemene voorwaarden en komt daarom mitsdien geen beroep toe op artikel 4 lid 3 sub b van de voorwaarden.
- Het is overigens het UWV die, na 104 weken wachttermijn, die begint te lopen na de eerste ziekteverzuimdag, de mate van arbeidsongeschiktheid bepaalt aan de hand van de *op dat moment* aanwezige klachten.
- Verzekeraar betwist dat de totstandkoming van deze verzekering is vertraagd als gevolg van zijn onzorgvuldig handelen. Het is immers aan Consument zelf te wijten geweest dat hij de gezondheidsverklaring niet heeft geretourneerd ondanks twee rappels van Verzekeraar. Het is ook Consument geweest die in september 2012 besloten heeft om gebruik te maken van de blanco acceptatieperiode.
- Verzekeraar ziet geen reden om Consument coulancehalve een uitkering toe te kennen. Dat doet hij alleen in het geval de voor hem leidende UWV beschikking, foutief zou zijn en daarvan is geen sprake. Verzekeraar ziet evenmin aanleiding om van de algemene voorwaarden op grond van de redelijkheid en billijkheid af te wijken.

#### **4 Beoordeling**

- 4.1 De Commissie ziet zich gesteld voor beantwoording van de vraag of Verzekeraar zich jegens Consument terecht op het standpunt heeft gesteld dat deze geen beroep toekomt op het bepaalde onder artikel 4 lid 3 sub b van de algemene voorwaarden van deze verzekering en Verzekeraar op grond daarvan Consument uitkering uit hoofde van deze aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft kunnen onthouden.
- 4.2 De Commissie stelt in dit verband vast dat genoemde bepaling van de voorwaarden - zoals hierboven onder 2.6. weergegeven - alleen dan van toepassing is indien bij aanvang van de verzekering reeds sprake is van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.

Een verzekerde zal in voorkomende gevallen dan ook moeten aantonen dat de toename van de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een *andere* oorzaak dan de oorzaak die ten grondslag ligt aan de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid die reeds op het moment van aanvang van de verzekering bestond.

- 4.3 Consument heeft in dat kader aangevoerd dat hij aanvankelijk - dat wil zeggen voor de ingangsdatum van de verzekering op 1 oktober 2012- gedeeltelijk is uitgevallen als gevolg van een verkoudheid en in tweede instantie volledig is uitgevallen als gevolg van acute rugklachten.
- 4.4 Verzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat Consument zijn stelling dat zijn op 28 september 2012 ingetreden verzuim het gevolg zou zijn geweest van een enkele verkoudheid, niet met medische bewijsstukken heeft onderbouwd, hetgeen heeft te gelden als een gemotiveerde betwisting door Verzekeraar. Na deze betwisting is Consument niet met nader bewijs op dit punt gekomen hoewel de bewijslast in dezen op Consument rust. Van belang is naar het oordeel van de Commissie verder nog dat in de eerder genoemde verzekeringsgeneeskundige rapportage van het UWV de dato 14 augustus 2014 weliswaar, in tegenstelling tot eerdere berichten, wordt genoemd dat Consument op 18 september 2012 aanvankelijk is uitgevallen als gevolg van een verkoudheid maar deze berichtgeving slechts gebaseerd is op diens ruim twee jaar na dato gevolgde telefonische mededeling aan de verzekeringsgeneeskundige van het UWV dat zulks het geval is geweest en andere medische documentatie in welke vorm dan ook, bijvoorbeeld in de vorm van een huisartsenjournaal, ter onderbouwing van de stelling van Consument niet voorhanden is.
- 4.5 Mede gezien de medische voorgeschiedenis van Consument die een lange periode van rugklachten laat zien welke in het najaar van 2011 dusdanig zijn verergerd dat een MRI-scan in 2012 noodzakelijk werd geacht en mede gezien het door de Verzekeringsarts beschreven progressieve beloop van de rugklachten vanaf november 2011 moet de Commissie concluderen dat Consument naar haar oordeel onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij in eerste instantie gedeeltelijk is uitgevallen als gevolg van een verkoudheid en zijn arbeidsongeschiktheid later is toegenomen als gevolg van acute rugklachten. Dat brengt mee dat Verzekeraar het beroep van Consument op het bepaalde onder artikel 4.3 sub b van de toepasselijke voorwaarden terecht heeft afgewezen.
- 4.6 De klacht van Consument die in de kern hierop neer komt dat de tussen partijen gevoerde discussie over de ontbrekende dekking achterwege had kunnen blijven als Verzekeraar blij had gegeven van een zorgvuldiger en snellere acceptatieprocedure omdat de verzekering dan al tot stand was gekomen op het moment dat Consument voor de eerste keer arbeidsongeschikt werd, wijst de Commissie af. Gezien de verschillende door Verzekeraar aan Consument verzonden rappels, kan als vaststaand worden aangenomen dat de bij de totstandkoming van deze verzekering ontstane vertraging het gevolg is geweest van het nalaten van Consument zelf om de door Verzekeraar verzochte gegevens aan te leveren.

- 4.6 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering. De overige door Consument aangedragen argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom 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](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.*