

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-393
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr.dr. S.O.H. Bakkerus en J.H. Paulusma-de Waal arts
M&G RGA en mr.dr.s. D.J. Olthoff, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 25 juli 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te
noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 23 juni 2017
Aard uitspraak : bindend advies

Samenvatting

Consument heeft een beroep gedaan op de verzekering wegens arbeidsongeschiktheid. Op het schadeaangifteformulier heeft Consument als oorzaak van de arbeidsongeschiktheid "bekkeninstabiliteit" ingevuld. In de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat arbeidsongeschiktheid ten gevolge van bekkeninstabiliteit niet onder de dekking van de verzekering valt. Consument verwijt Verzekeraar onvoldoende zorgvuldigheid bij de medische besluitvormingprocedure. De Commissie oordeelt dat dit verwijt geen steun vindt in het dossier en Verzekeraar redelijkerwijs een beroep heeft kunnen doen op de uitsluiting "bekkeninstabiliteit".

1. Procesverloop

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

- het door Consument ingediende klachtformulier met bijlagen;
- de aanvullende stukken van Consument;
- de medische machtiging van Consument;
- de brief van Verzekeraar van 26 september 2016;
- de brief van Verzekeraar van 21 november 2016 met (medische) bijlagen.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies. Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 29 maart 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een zogeheten Hypotheek Opvang Polis gesloten met als ingangsdatum 20 juni 2008 en einddatum 19 juni 2023.
- 2.2 Op 3 mei 2008 heeft Consument het aanvraagformulier ondertekend en op de daarbij behorende beknopte gezondheidsverklaring de vragen naar de aanwezigheid van ziekte, kwaal of gebrek, het consulteren van een arts of specialist voor nader geduide aandoeningen waaronder spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten) en of de Consument onder behandeling en/of controle staat van een arts/specialist en/of medicijnen gebruikt, ontkennend beantwoord.

- 2.3 Van toepassing zijn de algemene verzekeringsvoorwaarden HOP 0507 Artikel 20 (Verzekerde dekking) van de verzekeringsvoorwaarden luidt (voor zover relevant):
- “ b. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze lichamelijke ziekte of aandoening dient algemeen in de reguliere geneeskunde erkend te zijn en uitsluitend medisch, en middels objectieve maatstaven gemeten bevindingen, vastgesteld te zijn.
(...)
 - d. Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel is in ieder geval niet verzekerd:
(...) bekkeninstabiliteit.”
- 2.4 In verband met arbeidsongeschiktheid per 9 maart 2009 heeft Consument op 25 januari 2016 een claim ingediend. Op het door Consument ondertekende schadeangifteformulier heeft Consument als antwoord op de vraag naar de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid “bekkeninstabiliteit” ingevuld.
- 2.5 In 2011 is Verzekeraar gebleken dat Consument in 2007 ten gevolge van een ongeval nekkklachten (whiplash) heeft opgelopen. Verzekeraar heeft een beroep gedaan op schending van de mededelingsplicht en er is toen een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst voor rug- en nekkklachten.
- 2.6 Bij brief van 30 maart 2016 heeft Verzekeraar onder meer het volgende aan Consument bericht:
“(…)”
- Verjaring**
U hebt de claim gemeld op 25 januari 2016. Alle uitkeringen die meer dan 3 jaar voor de melddatum liggen, zijn vervallen. Wij hebben uw arbeidsongeschiktheidsclaim daarom in behandeling genomen voor uw arbeidsongeschiktheid vanaf 25 januari 2013. Dit is bepaald in artikel 7:942 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek.
- Wat is onze beslissing?**
Tot onze spijt moeten wij uw verzoek tot uitkering afwijzen.
- Waarom hebben wij deze beslissing genomen?**
Voor de behandeling van uw claim hebben wij medische informatie opgevraagd. Onze medisch adviseur heeft de medische stukken beoordeeld. Volgens hem blijkt hieruit dat u door bekken en heupklachten arbeidsongeschikt [bent] geworden. Deze klachten passen bij het beeld van bekkeninstabiliteit. Ook maakt hij hieruit op dat bij aanvullend onderzoek geen aantoonbare beschadiging of afwijking is gevonden. De diagnose bekkeninstabiliteit wordt echter specifiek uitgesloten in de verzekeringsvoorwaarden. U hebt daarom geen recht op een uitkering van ons.
- Waar kunt u dit nalezen?**
U kunt dit nalezen in de algemene verzekeringsvoorwaarden. Dit staat in artikel 20 lid d van de bijzondere bepalingen bij arbeidsongeschiktheid.
- 2.7 Op 30 juni 2016 heeft Consument via de interne klachtenprocedure een klacht aanhangig gemaakt bij Verzekeraar. Verzekeraar heeft, na een herbeoordeling door haar medisch adviseur, het eerder ingenomen standpunt gehandhaafd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert verwijdering van de uitsluitingsclausule in verband met nek- en rugklachten. Tevens vordert Consument een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanaf de door haar gedane schademelding in 2016

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van haar verbintenis jegens Consument. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Verzekeraar beroept zich ten onrechte op de in artikel 20 onder d genoemde uitsluiting in de verzekeringsvoorwaarden. De klachten van Consument zijn niet te duiden als bekkeninstabiliteit en worden ook niet als zodanig door het UWV benoemd. De term bekkeninstabiliteit mag professioneel gezien niet meer gehanteerd worden. In plaats daarvan moeten de klachten van Consument worden aangemerkt als bekkengordelpijn, een aandoening van het bewegingsapparaat, die wel onder de dekking van de verzekering valt.
- Verzekeraar heeft niet zelf een onderzoek laten verrichten waardoor geen zorgvuldige (medische) besluitvorming heeft kunnen plaatsvinden.
- Ten tijde van het aanvragen van de verzekering was Consument vrij van nekkklachten, het plaatsen van een uitsluitingsclausule voor nekkklachten is dan ook onterecht.

Verweer

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

- Consument heeft bij de schademelding zelf bekkeninstabiliteit als reden van arbeidsongeschiktheid genoemd. De beschrijving van de klachten voldoet aan de diagnose bekkeninstabiliteit maar wordt nu op basis van aanbevelingen in de literatuur “chronische rug/bekkenklachten op basis van een gestoorde rekrutering van de stabiliserende spieren” genoemd. Dit valt in alle redelijkheid onder de uitsluiting van artikel 20 lid d van de verzekeringsvoorwaarden.
- Het plaatsen van de clausule in verband met nek- en rugklachten is terecht. De nekkklachten zijn pre-existent. Zelfs al zou na de plaatsing van de clausule in verband met nek- en rugklachten na drie jaar de mogelijkheid van een herkeuring hebben bestaan, dan zou deze herkeuring niet tot verwijdering van die clausule hebben geleid.
- Ten onrechte verwijt Consument Verzekeraar een onzorgvuldige besluitvormingsprocedure. Verzekeraar heeft meerdere keren een medisch advies gevraagd, ook nog tijdens de klachtprocedure bij Kifid. Verzekeraar mag bij haar besluitvorming afgaan op de bevindingen van de door haar geraadpleegde medisch deskundige.

4. Beoordeling

4.1 De Commissie oordeelt op basis van de haar beschikbare stukken en leidt daaruit af dat de (medische) besluitvormingsprocedure van Verzekeraar zorgvuldig is geweest. Voor zover Consument van mening is dat Verzekeraar verplicht is om zelf (aanvullend) medisch onderzoek te verrichten, deelt de Commissie deze mening van Consument niet.

Uitgangspunt is dat het aan Consument is om de door haar gestelde arbeidsongeschiktheid en een gedekte oorzaak van deze arbeidsongeschiktheid aannemelijk te maken. Het is aan de Verzekeraar om de daartoe door Consument overgelegde (medische) gegevens te beoordelen en aan de hand van een zorgvuldige procedure een goed (medisch) gemotiveerd standpunt in te nemen. Daarbij kan een aanvullend medisch onderzoek door Verzekeraar geëntameerd worden, maar dit valt niet door Consument af te dwingen. Nadat Consument bezwaar had gemaakt tegen het door Verzekeraar ingenomen afwijzende standpunt heeft Verzekeraar de medisch adviseur gevraagd de claim c.q. de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid te her beoordelen. Ook naar aanleiding van de procedure bij Kifid heeft Verzekeraar opnieuw medisch advies gevraagd.

- 4.2 Op basis van de bevindingen van de door haar geraadpleegde medisch adviseur, waarvan de laatste rapportage dateert van 9 november 2016, heeft Verzekeraar redelijkerwijs een afwijzend standpunt kunnen innemen en daarbij de beschouwing van de medisch adviseur kunnen overnemen dat zowel voor wat de rug- en nekklachten betreft er sprake is van preexistente klachten en de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid is aan te duiden met “bekkeninstabiliteit”. De uitsluiting van arbeidsongeschiktheid in verband met bekkeninstabiliteit heeft tot gevolg dat heup- en bekkenklachten in relatie tot zwangerschap zijn uitgesloten van de dekking. De door Consument ervaren klachten zijn ontstaan tijdens de zwangerschap en persisteerden na de zwangerschap. Op basis van de verzekeringsvoorwaarden kon en moest Consument begrijpen dat heup- en bekkenklachten in relatie tot zwangerschap zijn uitgesloten van de dekking. Het feit dat in de loop der jaren voor hetzelfde soort klachten een andere benaming in de plaats is gekomen, doet niet af aan de toepasselijkheid van artikel 20 onder d van de verzekeringsvoorwaarden.
- 4.3 Ten aanzien van de plaatsing van de uitsluitingsclausule voor nek- en rugklachten oordeelt de Commissie dat het weliswaar voor de hand had gelegen om aan de clausule de mogelijkheid van herbeoordeling na drie jaar te verbinden, maar dat in deze situatie die herbeoordeling niet tot verwijdering van de clausule zou hebben kunnen leiden. Nadat de aanvankelijke nekklachten waren verminderd c.q. verdwenen, zijn daarna immers opnieuw nekklachten ontstaan.
- 4.4 Het voorgaande leidt de Commissie tot het oordeel dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van haar verbintenis.

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.