

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2017-416  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. S.O.H. Bakkerus en J.H. Paulusma-de Waal RGA  
(medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 4 september 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : London General Insurance Cy. Ltd, gevestigd te Amsterdam,  
verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 28 juni 2017  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Woonlastenbeschermingsverzekering. Consument klaagt zich over de opschorting van de arbeidsongeschiktheidsuitkering in afwachting van een herkeuring. De Commissie oordeelt dat Verzekeraar in redelijkheid een onderzoek naar de arbeidsongeschiktheid van Consument heeft mogen gelasten en in afwachting daarvan de uitkering heeft mogen opschorten. De Commissie wijst de vordering af.

## **I. Procesverloop**

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- het advies van de medisch deskundige van Kifid van 16 december 2016;
- de dupliek van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 19 april 2017 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft met ingang van 1 februari 2005 bij Verzekeraar een woonlastenbeschermingsverzekering afgesloten met dekking bij arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar. Verzekerd maandbedrag: € 500,-. Uitkeringsduur: 120 maanden. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: HVW0104.

2.2 Op het op 22 december 2004 gedateerde polisblad staat onder meer het volgende:

“(…)

**Verzekerde(n) verkla(a)rt(en):**

- Bekend te zijn met het feit dat de onderhavige verzekering alleen kan worden afgesloten indien de navolgende vragen met neen beantwoord kunnen worden. Voor zover dit niet het geval is omdat er bepaalde ziekten of aandoeningen (hebben) bestaan en verzekerde de verzekering desalniettemin wenst af te sluiten, gaat hij/zij ermee akkoord dat de betreffende ziekte of aandoening van de dekking van de verzekering zal worden uitgesloten.

(...)

Verzekerde I

- Ontvangt u momenteel een uitkering krachtens een sociale of particuliere inkomensvervangende verzekering in verband met arbeidsongeschiktheid?  ja  nee
- Bent u de laatste 12 maanden onder medische behandeling geweest?  ja  nee
- Bent u momenteel ziek/arbeidsongeschikt?  ja  nee

(...)"

- 2.3 In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (hierna: 'de Voorwaarden') staat – voor zover relevant – het volgende:

"(...)

*Artikel 1: Definities*

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

(...)

h) verzekerd risico in geval van arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar, van arbeidsongeschiktheid is sprake:

- gedurende het tweede ziektejaar, als verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval niet in staat is om voor 45% of meer van de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten.
- na het tweede ziektejaar, als verzekerde, door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval voor ten minste 45% arbeidsongeschikt wordt geacht.

(...)

*Artikel 6: Nadere regeling met betrekking tot arbeidsongeschiktheid.*

(...)

2. Gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 1 lid h zal:

(...)

- Na de eerste twee ziektejaren de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze zal gelden worden vastgesteld aan de hand van de door de daarmee, in het kader van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, belaste instantie afgegeven beschikking.

*Alleen indien de mate van arbeidsongeschiktheid (mede) wordt bepaald door voorvallen c.q. klachten die zijn uitgesloten op basis van artikel 9 van de voorwaarden of indien er om administratieve redenen, dat wil zeggen zonder dat er een medisch oordeel aan ten grondslag ligt, op grond van de toepasselijke sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid een mate van arbeidsongeschiktheid worden aangenomen, dan behoudt de administrateur zich het recht voor om door aanvullend onafhankelijk medisch en/of arbeidsdeskundig onderzoek te bepalen of de wel gedekte klacht(en) op zichzelf tot een arbeidsongeschiktheid van 45% of meer zou hebben geleid.  
(...)*

*Artikel 9: Beperking van de uitkering.*

*Er bestaat geen aanspraak op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd door:*

*(...)*

*f) letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de datum van ondertekening van de polis alsmede de tussen deze datum en ingangsdatum van de verzekering ontstane gezondheidsklachten waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor medische diagnose of behandeling noodzakelijk was.*

*Artikel 10: Verplichtingen*

*1. Verzekerde is in geval van arbeidsongeschiktheid verplicht:*

*(...)*

*c) zich desgevraagd op kosten van verzekeraar door een door of namens verzekeraar aan te wijzen*

*arts te laten onderzoeken,*

*(...)*

*4. Niet-naleving door verzekerde van de termijnen of verplichtingen die voortvloeien uit dit artikel, leidt*

*tot verval van recht op uitkering indien de verzekeraar daardoor in zijn belangen is geschaad.*

*(...)"*

- 2.4 Consument is vanaf 2003 in wisselende mate en vanwege diverse klachten arbeidsongeschikt geweest. Sinds 2003 is sprake van chronische vermoeidheid, in de periode oktober 2010 tot mei 2012 is Consument arbeidsongeschikt geweest in verband met psychische klachten en in 2011 is bij Consument de diagnose ADD gesteld.
- 2.5 Op 17 september 2012 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld bij Verzekeraar als gevolg van (klachten van) een bijschildkliertumor. Consument is twee weken na de ziekmelding geopereerd aan de tumor waarna klachten van hypoparathyreoïdie zijn ontstaan.
- 2.6 Verzekeraar heeft in de periode van 17 september 2013 tot en met 16 november 2015 voorschotten op de uitkering aan Consument betaald op grond van arbeidsongeschiktheid wegens hypoparathyreoïdie.

- 2.7 De behandelend arts van Consument schreef op 8 april 2016 aan Verzekeraar:  
*“Bovengenoemde patiënt werd op 24-08-2015 gezien op de polikliniek Endocrinologie. **Conclusie primaire hypoparathyreoïdie**, OK in Tilburg in 2012 hierna is er een wisselend calcium met een opnieuw verhoogd PTH en hypercalciurie met nierstenen, derhalve is er sprake van milde persistente ziekte waarvoor hij vervolgd wordt. Mogelijk in de toekomst zal hiervoor een nieuwe ingreep moeten plaatsvinden, vooralsnog is het beleid conservatief.”*
- 2.8 Bij brief van 6 mei 2016 heeft Verzekeraar Consument verzocht medewerking te verlenen aan de beoordeling van zijn arbeidsongeschiktheid door een onafhankelijk extern bureau. In zijn brief schreef Verzekeraar: *“De medisch adviseur ontving recent informatie van uw specialist. Uit deze informatie blijkt dat sprake is van een stabiele situatie. Mogelijk bent u niet meer arbeidsongeschikt wegens hypoparathyreoïdie. Om dit te kunnen beoordelen heeft onze medisch adviseur geadviseerd om uw arbeidsongeschiktheid door een extern bureau te laten onderzoeken. De betaling van voorschotten op de uitkering wordt daarom opgeschort.”*
- 2.9 Consument heeft geweigerd medewerking te verlenen aan het onderzoek door een extern bureau.

### 3. Vordering, klacht en verweer

#### Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering met terugwerkende kracht vanaf januari 2016, te vermeerderen met wettelijke rente.

#### Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan:
- Consument heeft op grond van de Voorwaarden recht op uitkering. De medische grondslag is (nog steeds) aanwezig en de sociale instanties hebben dit ook erkend. Op basis van de berichtgeving van de behandelend arts kan niet worden geconcludeerd dat Consument stabiel is. Overigens is stabiel niet hetzelfde als genezen.
  - De Voorwaarden bieden geen grondslag voor het opschorten van de uitkering. Verzekeraar komt op basis van een persoonlijke mening van een van haar medewerkers zijn betaalverplichtingen niet na.
  - Verzekeraar mag Consument na de eerste twee ziektejaren op grond van de Voorwaarden niet meer naar een arbeidsdeskundige sturen.
  - De mate van arbeidsongeschiktheid wordt op grond van de Voorwaarden vastgesteld aan de hand van de door de daarmee belaste instantie afgegeven beschikking en niet door een arts die wordt aangewezen door Verzekeraar. Er is, anders dan Verzekeraar lijkt te veronderstellen, geen sprake van een om administratieve redenen door het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (hierna: ‘UWV’) aangenomen arbeidsongeschiktheid.

- Voor zover de Voorwaarden onduidelijk of onbegrijpelijk zijn, prevaleert de voor Consument meest gunstige redelijke lezing.

#### Verweer

3.3 Verzekeraar heeft – na intrekking van een van zijn verweren ter zitting – de volgende verweren gevoerd:

- Consument is arbeidsongeschikt wegens meerdere klachten, waaronder klachten die zich al hebben gemanifesteerd voor ingang van de Verzekering. Het UWV neemt alle klachten mee in de beoordeling van de WAO-uitkering, Verzekeraar alleen de gedekte ziekte(n). Het kan derhalve zo zijn dat Consument nog wel een uitkering ontvangt van het UWV, maar dat Verzekeraar niet gehouden is tot uitkering over te gaan omdat geen sprake is van gedekte ziekte(n).
- De behandelend arts heeft in april 2016 gemeld dat sprake is van “milde persisterende ziekte”. Verzekeraar is naar aanleiding hiervan er niet van overtuigd dat Consument nog ten minste 45% arbeidsongeschikt is op grond van gedekte ziekte(n). Verzekeraar heeft daarom voorgesteld om Consument te laten (her)keuren op grond van artikel 6 lid 2 van de Voorwaarden en heeft de betaling van de Verzekering opgeschort in afwachting van de uitkomst van dit onderzoek.

## 4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar in redelijkheid een onderzoek naar de arbeidsongeschiktheid van Consument door een extern bureau heeft mogen gelasten en in afwachting daarvan de uitkering heeft mogen opschorten. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.2 In het onderhavige geval heeft Verzekeraar aangevoerd dat hij, mede gezien de hiervoor onder 2.6 vermelde informatie van de behandelend arts, er niet van overtuigd is dat Consument na het verstrijken van meer dan twee ziektejaren nog steeds ten minste 45% arbeidsongeschikt is op grond van gedekte ziekten. Verzekeraar heeft Consument daarom verzocht medewerking te verlenen aan een onderzoek naar zijn arbeidsongeschiktheid.
- 4.3 Op grond van artikel I onder h van de Voorwaarden is na het tweede ziektejaar sprake van arbeidsongeschiktheid als de verzekerde door het UWV rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte of ongeval voor tenminste 45% arbeidsongeschikt wordt geacht. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt ingevolge artikel 6 lid 2 van de Voorwaarden na het tweede ziektejaar vastgesteld aan de hand van een beschikking van het UWV. Indien de mate van arbeidsongeschiktheid mede wordt bepaald door klachten die zijn uitgesloten op basis van artikel 9 van de Voorwaarden heeft Verzekeraar evenwel het recht om aanvullend onafhankelijk medisch en/of arbeidsdeskundig onderzoek te gelasten om te bepalen of de wel gedekte klachten op zichzelf tot een arbeidsongeschiktheid van 45% of meer leiden. Uit artikel 9 van de Voorwaarden volgt dat geen aanspraak op uitkering bestaat indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de datum van ondertekening van de verzekeringsovereenkomst.

- 4.4 Uit de door partijen overgelegde stukken volgt dat Consument vanaf 2003 in wisselende mate en vanwege diverse klachten arbeidsongeschikt is geweest. Uit het hiervoor onder 2.2. vermelde polisblad blijkt dat Consument heeft verklaard dat 1) hij op het moment van het afsluiten van de Verzekering een uitkering in verband met arbeidsongeschiktheid ontving, 2) de laatste 12 maanden onder medische behandeling was en 3) op dat moment ziek/arbeitsongeschikt was. Dit betekent dat al sprake was van ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de datum van ondertekening van de polis. De Verzekering biedt voor deze ziekte(n) op grond van artikel 9 aanhef en onder f geen dekking. Om te bepalen of de wel gedekte ziekte(n) op zichzelf tot een arbeidsongeschiktheid van 45% of meer leiden heeft Verzekeraar ingevolge artikel 6 lid 2 jo. artikel 9 aanhef en onder f van de Voorwaarden in redelijkheid van Consument mogen verlangen dat hij medewerking verleent aan een aanvullend medisch en/of arbeidsdeskundig onderzoek.
- 4.5 Nu Consument niet bereid is gebleken om desgevraagd medewerking te verlenen aan het hiervoor bedoelde onderzoek, heeft Verzekeraar op grond van artikel 10 lid 4 van de Voorwaarden de uitkering mogen opschorten. Daarbij neemt de Commissie in aanmerking dat Verzekeraar door de houding van Consument in zijn belangen wordt geschaad nu hij daardoor niet heeft kunnen vaststellen of Consument nog steeds ten minste 45% arbeidsongeschikt is op grond van gedekte ziekten.
- 4.6 Voor zover Consument nog heeft bedoeld te stellen dat op grond van de contra proferentem-regel ex artikel 6:238 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek de voor hem meest gunstige lezing van de Voorwaarden prevaleert, overweegt de Commissie dat voor toepassing van de contra proferentem-regel noodzakelijk is dat de Voorwaarden onduidelijk zijn. Niet gesteld en ook anderszins is niet gebleken dat hiervan in het onderhavige geval sprake is zodat aan een uitleg ten gunste van Consument niet wordt toegekomen.
- 4.7 De conclusie is dan ook dat Verzekeraar in redelijkheid een onderzoek naar de arbeidsongeschiktheid van Consument heeft mogen gelasten en in afwachting daarvan de uitkering heeft mogen opschorten. Verzekeraar is dus niet toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst en de Commissie wijst de vordering 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.*