

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, nr. 2017-644
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, J.H. Paulusma-de Waal RGA en mr. dr. S.O.H. Bakkerus,
leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 28 juni 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout,
verder te noemen Verzekeraar.
Datum uitspraak : 2 oktober 2017
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument stelt zich op het standpunt dat hij blijvend arbeidsongeschikt is geworden door een ongeval en daarom recht heeft op een eenmalige uitkering onder de Verzekering. Naar het oordeel van de Commissie is geen sprake van blijvende arbeidsongeschiktheid door een ongeval als bedoeld in de Voorwaarden. Dit betekent dat Consument geen recht heeft op de éénmalige uitkering. De Commissie wijst de vordering van Consument af.

1. 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;
- de op 30 juni 2016 binnengekomen aanvullende stukken van Consument;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de brief van Verzekeraar van 13 januari 2017;
- de repliek van Consument.

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 Consument, geboren op [..datum..], heeft bij Verzekeraar een woonlastenverzekering (hierna: 'Verzekering') met dekking bij arbeidsongeschiktheid afgesloten. De Verzekering is ingegaan op 14 december 2009 met een verzekerd maandbedrag van € 700,-.

2.2 Op het polisblad staat – voor zover relevant – het volgende:

“(…)

Arbeidsongeschiktheid

Eigen risicoperiode 365 dagen

Verzekerd maandbedrag € 700,00

Max. uitkeringsperiode 60 maanden en bij blijvende arbeidsongeschiktheid door ongeval een eenmalige uitkering van € 12.500,00

(...)"

- 2.3 Op de Verzekering zijn de 'Algemene voorwaarden SNS Woonlastenverzekering' (hierna: 'Voorwaarden') van toepassing. In de Voorwaarden staat – voor zover relevant – het volgende:

“(..."

ALGEMENE BEPALINGEN

1 Begripsomschrijvingen

(...)"

g Ongeval

Een tijdens de looptijd van de verzekering plotseling van buiten komend onvrijwillig op het lichaam van verzekerde inwerkend geweld dat rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel tot gevolg heeft en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt.

(...)"

20 Verzekeringsuitkering

- a Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat, met inachtneming van de eigen risicoperiode zoals vermeld op het polisblad, bij de volgende verzekerde voorvallen

(...)"

3 Arbeidsongeschiktheid door een ongeval

Op grond van dit verzekerde voorval wordt eenmalig een bedrag van € 12.500 uitgekeerd op het tijdstip waarop de verzekerde recht heeft op een uitkering ingevolge arbeidsongeschiktheid door ongeval. Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen dient de verzekerde voor een periode van tenminste 12 maanden na de datum van het ongeval minimaal voor 45% arbeidsongeschikt te zijn. Deze eenmalige uitkering wordt gedaan naast de uitkering die op grond van het verzekerde voorval, minimaal 45% arbeidsongeschikt, conform lid 2, worden betaald.

(...)"

- 2.4 Consument heeft op 16 juli 2013 een claim bij Verzekeraar ingediend vanwege arbeidsongeschiktheid. In het claimformulier heeft hij vermeld dat hij arbeidsongeschikt is als gevolg van pijn in zijn nek en armen en dat deze klachten zijn ontstaan sinds 11 november 2010. Op het formulier heeft hij tevens vermeld dat sprake is geweest van een ongeval op 24 augustus 2009.
- 2.5 Verzekeraar heeft naar aanleiding van de claim medische informatie opgevraagd, waarna zijn medisch adviseur een advies heeft opgesteld.

- 2.6 Bij brief van 9 september 2013 heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat hij recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Verzekering. Vanaf 15 oktober 2011 heeft Verzekeraar aan Consument maandelijks een uitkering verstrekt.
- 2.7 In januari 2016 heeft Consument daarnaast aanspraak gemaakt op de in het polisblad vermelde uitkering van € 12.500,- die wordt uitgekeerd bij blijvende arbeidsongeschiktheid door een ongeval. Consument heeft daarbij gesteld dat de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van het vallen van de trap in 2010. Verzekeraar heeft daarop zijn medisch adviseur verzocht de reeds verkregen medische informatie nader te bestuderen. Bij e-mailbericht van 18 januari 2016 heeft de medisch adviseur Verzekeraar als volgt bericht:

“(…)

De oude informatie heb ik nogmaals langsgelopen en gedeeltelijk citeer ik uit het eerdere advies.

Neuroloog d.d. 29 december 2010.

MRI-scan halswervelkolom: degeneratieve veranderingen.

Conclusie: cervicaal radiculair syndroom C7 rechts op basis van degeneratieve afwijkingen.

Over posttraumatische afwijkingen wordt niet gesproken.

Neurochirurg d.d. 24 augustus 2011.

Op 11 november 2010 opgestaan met hevige pijn in de nek.

Op MRI-scan foramenstenose C5-C6 links en C6-C7 beiderzijds.

Er wordt evenmin over een trauma of posttraumatische afwijkingen gesproken.

Neuroloog d.d. 7 maart 2013.

Bij aanvullende onderzoek geen afwijkingen.

Advies: Mensendiecktherapie in verband met degeneratieve cervicale afwijkingen.

Idem dito.

Er zijn derhalve in het geheel geen aanwijzingen dat het radiculairsyndroom is veroorzaakt door een trauma (zoals de val van de trap of het verkeersongeval).

De afwijkingen in de nek zijn degeneratief.

(…)”

- 2.8 Bij brief van 15 februari 2016 heeft Verzekeraar Consument medegedeeld dat hij geen recht heeft op de eenmalige uitkering wegens blijvende arbeidsongeschiktheid door een ongeval. Consument heeft hiertegen bezwaar gemaakt. Dit bezwaar was voor Verzekeraar geen aanleiding om zijn standpunt te wijzigen.
- 2.9 Consument heeft vervolgens een klacht ingediend bij Kifid. Tijdens de schriftelijke procedure heeft Verzekeraar op verzoek van Kifid aanvullende medische informatie opgevraagd. Op 8 januari 2017 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar een aanvullend medisch advies opgesteld. In dit advies staat – voor zover relevant – het volgende:

“(...)

Reden adviesaanvraag:

Herbeoordeling(klacht)

De klant geeft aan dat de klachten worden veroorzaakt door een ongeval. De medisch adviseur geeft aan dat er geen aanwijzing is dat de klachten door trauma zijn veroorzaakt. Er is wel sprake van degeneratieve afwijking.
- Geeft de nieuwe medische informatie van de fysiotherapeut, revalidatiearts en de neuroloog een ander inzicht?
- Wat is de oorzaak van de nekkklachten?

(...)

Samenvatting medische gegevens

Neuroloog d.d. 29-12-2010.

Cervicobrachialgie rechts.

In 2010 congenitale heupdysplasie en verder botvergoedingen een linkerbovenbeen en rechtersleutelbeen in de voorgeschiedenis.

In augustus 2009 auto-ongeval gehad, met 120 km/h op stilstaande auto gebotst.

Half oktober 2010 van de trap gevallen.

Nekpijn met uitstraling naar de rechterschouder en doof gevoel in de vingers rechts.

MRI-scan: degeneratieve afwijkingen.

Verwijzing pijnpoli.

Neuroloog d.d. 20-01-2011.

Nu ook klachten linkerarm.

Pijnpoli en mensendieck.

Neuroloog d.d. 17-03-2011.

Zag betrokkene in verband met hoofdpijn, die de neuroloog als spierspanningshoofdpijn duidt.

Daarnaast pseudoradiculair syndroom van de benen.

Neuroloog d.d. 10-05-2011.

Nog steeds klachten cervicobrachialgie.

Verwijzing pijnpoli.

Neuroloog d.d. 08-07-2011.

Zag betrokkene in verband met cervicaal radiculair syndroom.

Betrokkene hield ondanks blokkades klachten van de beide armen.

Deze zijn volgens de neuroloog te wijten aan de slijtage in de nek met compressie van wortel C6 links en C7 beiderzijds.

Verwijzing neurochirurg.

Neuroloog d.d. 25-08-2011.

Onveranderde klachten, neurochirurg ziet geen operatie-indicatie, anesthesist ziet geen mogelijkheden meer.

Verwijzing revalidatiearts.

Neuroloog d.d. 20-04-2012.

Ongewijzigd beeld van cervicobrachialgie en daarnaast spierspanningshoofdpijn.

Verwijzing fysiotherapeut.

Neuroloog d.d. 07-03-2013.
Ondanks fysiotherapie continu tintelend gevoel linkerarm.
Ook oogklachten: pijn achter linkeroog en wazig gezien het rechteroog.
Op MRI-scan geen afwijkingen.
Verwijzing mensendieck.

Neuroloog d.d. 07-12-2016.
Betreft een begeleidende brief bij bovenstaande brieven.

Revalidatiearts d.d. 28-11-2016.
Betrokkene was van 05-12-2011 tot 31-03-2012 in poliklinische revalidatiebehandeling in [REDACTED]
Er geen sprake van ongevalsgevolg, maar wel van degeneratieve afwijkingen in de nek, die ruim een jaar na het auto-ongeval werden vastgesteld.

Fysiotherapeut d.d. 16-12-2016.
Behandeling vanaf 03-04-2012 na het revalidatietraject.
Klachten bij slijtagenek na vier valpartijen van de trap.
De begeleiding had een wisselend resultaat, mede ook door een vechtscheiding.

De rest van de brief is ongefundeerde speculatie.

Bijlage bij deze brief:

- Revalidatiearts d.d. 29-03-2012.

Betreft een aanvraag aan verzekeraar voor het voortzetten van oefentherapie.

- Anamnesekaart fysiotherapie.

Verzekeringsarts UWV d.d. 19-02-2014.
Betreft een heronderzoek WIA op verzoek van de werkgever.
Ziekmelding per 15-10-2010, waarbij wegens toegenomen klachten vlak voor de WIA keuring volledige arbeidsongeschiktheid werd aangenomen.
Er was een gunstige prognose, echter UWV betrokkene niet volgens planning op in december 2012.
Betrokkene is in staat te achten arbeid te verrichten conform de beschreven belastbaarheid, neksparend en 20 uur per week.

Beschouwing en beantwoording van de vragen

Het is mij onduidelijk waarom steeds de discussie over het ongeval naar voren komt, terwijl dit pre-existent plaatsvond...

Er geen sprake van posttraumatische afwijkingen, wel is er vastgesteld dat betrokkene aan slijtage van de nek leidt, die in het geheel niets van doen heeft met het auto-ongeval of de valpartijen van de trap.

De neuroloog constateerde dat de klachten van de nek en armen een gevolg zijn van deze (ongevalsvreemde) slijtage.

Daarmee zijn jullie vragen beantwoord.

(...)"

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert (eenmalige) uitkering van € 12.500,-.

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 zijn verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst.

Consument is blijvend arbeidsongeschikt geworden door een ongeval en niet door slijtage, zodat hij recht heeft op een eenmalige uitkering van € 12.500,- zoals vermeld op het polisblad en in artikel 20 onder a sub 3 van de Voorwaarden.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende verweer gevoerd. Er is geen sprake van arbeidsongeschiktheid door een ongeval zoals bepaald in de Voorwaarden. Er zijn geen medische aanwijzingen dat de pijnklachten in de nek en armen zijn veroorzaakt door een ongeval. In de medische informatie vanaf 2010 wordt nergens gesproken over (post) traumatische afwijkingen. De afwijkingen in de nek van Consument zijn degeneratief van aard. Deze slijtage heeft niets van doen met het auto-ongeluk of de valpartij(en) van de trap.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op een uitkering onder de Verzekering. Deze vraag dient te worden beantwoord aan de hand van de op de Verzekering van toepassing zijnde Voorwaarden.
- 4.2 In artikel 20 onder a sub 3 van de Voorwaarden is bepaald dat de verzekerde recht heeft op een eenmalige uitkering van € 12.500,- indien sprake is van blijvende arbeidsongeschiktheid door ongeval. Onder ongeval wordt ingevolge artikel 1 onder g van de Voorwaarden verstaan; een plotseling, van buiten komend, onvrijwillig inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waaruit *rechtstreeks* en *zonder medewerking van andere oorzaken* geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt.
- 4.3 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument in augustus 2009 een auto-ongeval heeft gehad en medio oktober 2010 (meermalen) van de trap is gevallen. Op 11 november 2010 heeft Consument zich met pijnklachten in nek en armen bij zijn huisarts gemeld, waarna hij door verschillende specialisten is behandeld, waaronder een neuroloog, een revalidatiearts en fysiotherapeut. De neuroloog heeft aan de hand van een MRI-scan vastgesteld dat sprake is van degeneratieve afwijkingen van de cervicale wervelkolom en dat de klachten van Consument daaruit verklaard kunnen worden. Deze diagnose wordt (in voldoende mate) bevestigd door de nadien ingeschakelde fysiotherapeut en revalidatiearts. De revalidatiearts geeft daarbij aan dat geen sprake is van een ongevalsgevolg. De fysiotherapeut, die Consument heeft behandeld in de periode van 3 april 2012 tot 14 december 2012, bevestigt dat de basis van de klachten is gelegen in de degeneratieve afwijkingen. Deze bevindingen wijzen er naar het oordeel van de Commissie op dat de klachten van Consument degeneratief van aard zijn, hetgeen wil zeggen dat sprake is van slijtage die met het auto ongeval en/of met de valpartijen geen verband houdt. Er zijn geen aanwijzingen dat de klachten rechtstreeks en uitsluitend (zonder medewerking van andere oorzaken) het gevolg zijn van een ongeval. Wel kunnen de klachten door het auto-ongeval dan wel het vallen van de trap verergerd zijn.

4.4 Gezien het vorenstaande komt de Commissie tot de conclusie dat geen sprake is van blijvende arbeidsongeschiktheid door een ongeval als bedoeld in de Voorwaarden. Dit betekent dat Consument geen recht heeft op de éénmalige uitkering. Verzekeraar is dan ook niet toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument 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.