



**KiFiD**

**Klachteninstituut Financiële Dienstverlening**

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 133 d.d. 23 december 2009  
(mr B. Sluijters, voorzitter, drs A.I.M. Kool, en dr B.C. de Vries, arts)

## **I. Procedure**

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

- de door partijen met de Ombudsman Financiële Dienstverlening gevoerde correspondentie;
- het ingevulde en ondertekende vragenformulier, ontvangen op 5 maart 2009, met bijlage;
- het antwoord van Aangeslotene van 11 augustus 2009 met bijlage;
- de repliek van Consument van 17 september 2009;
- de dupliek van Aangeslotene van 23 september 2009.

De Commissie heeft vastgesteld dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening niet tot oplossing van het geschil heeft geleid.

De Commissie heeft voorts vastgesteld dat beide partijen het advies als bindend zullen aanvaarden.

De Commissie heeft partijen opgeroepen voor een mondelinge behandeling te Den Haag op maandag 7 december 2009.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

Consument is bij Aangeslotene krachtens een ongevallenverzekering verzekerd.

Art. 1.3 van de op de verzekering van toepassing zijnde polisvoorwaarden omschrijft 'ongeval' als volgt: 'een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht, waarvan aard en plaats medisch zijn vast te stellen.'

De verzekering voorziet in een uitkering bij blijvende invaliditeit als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval, welke uitkering volgens artikel 2.2.1 van deze voorwaarden wordt bepaald conform een gliedertaxe. Nader is in artikel 2.2.2 van deze voorwaarden bepaald: 'In alle hiervoor niet genoemde gevallen van blijvende invaliditeit wordt het percentage blijvende invaliditeit door ons vastgesteld zonder rekening te houden met het beroep van de verzekerde (...)'

In artikel 2.2.7 van de voorwaarden is bepaald: 'Indien de gevolgen van een ongeval worden vergroot door een ziekelijke toestand of door een lichamelijke of geestelijke afwijking van de



**KiFiD**

**Klachteninstituut Financiële Dienstverlening**

verzekerde, wordt niet meer uitgekeerd dan wanneer het ongeval een geheel valide en gezonde persoon zou zijn overkomen. (...).'

In artikel 3.1 van de voorwaarden is bepaald: 'Niet als een gevolg van een ongeval zullen worden beschouwd (...) psychische aandoeningen tenzij deze medisch aantoonbaar het gevolg zijn van bij het ongeval ontstaan hersenletsel.'

Op 13 december 2005 is Consument een minuut lang in aanraking geweest met een elektriciteitskabel waarop 220V spanning stond. Aangeslotene heeft, nadat hij aanvankelijk had geweigerd uitkering krachtens de ongevallenverzekering te verlenen, aan Consument coulancehalve een uitkering gedaan op basis van 29% blijvende invaliditeit. De uitkering bedroeg 29% van de verzekerde som ad € 6.807,- = € 1.974,03, vermeerderd met 6% rente daarover over de periode van 1 juli 2006 tot 6 oktober 2008 = € 269,-.

### **3. Geschil**

- 3.1 Consument vordert: aanvullende uitkering door Aangeslotene tot de verzekerde som ad € 6.807,-, dus alsnog uitkering van een bedrag van € 4.832,97.
- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen. Voor het ongeval was Consument volkomen gezond. Na het ongeval is hij een aantal malen in het ziekenhuis opgenomen geweest. Hij had toen ernstige hartritmestoornissen. Toen zijn ook psychische problemen ontstaan. Pas na twee jaar ging het hem weer wat beter. Daarna is hij met revalidatie begonnen maar deze is mislukt. Jarenlang heeft hij zonder problemen zijn werk kunnen verrichten. Door het ongeval is hij opeens invalide geworden. Het is hem een raadsel hoe de hoogleraar in de cardiologie die hem heeft behandeld, kan zeggen dat er in feite geen aantoonbaar verband bestaat tussen zijn klachten en de elektroshock. Consument had gedacht van Aangeslotene het voordeel van de twijfel te krijgen.
- 3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd. De medisch adviseur heeft op basis van de verkregen medische informatie bericht dat de medische klachten van Consument geen aantoonbaar gevolg zijn van de elektroshock. Derhalve is niet komen vast te staan dat er sprake is van een ongeval als bedoeld in art. 1.3 van de polisvoorwaarden. Bovendien zou, gesteld dat wel sprake is van een ongeval, volgens artikel 2.2.7 van de polisvoorwaarden ook geen, of wellicht geen volledige uitkering zijn gedaan, omdat het voorval bij een geheel valide en gezonde persoon geen gevolgen zou hebben gehad. Consument meldde daarnaast ook psychische klachten, maar die zijn volgens artikel 3.1 van de voorwaarden van dekking uitgesloten.



**KiFiD**

**Klachteninstituut Financiële Dienstverlening**

Uiteindelijk heeft Aangeslotene, nadat opnieuw medisch advies was ingewonnen, Consument het voordeel van de mogelijk geringe twijfel gegeven. Aangeslotene heeft een coulance-uitkering gedaan, waarbij is verondersteld dat sprake is van een ongeval als bedoeld in de polis. Aangeslotene heeft derhalve het verschil van mening van Consument met de visie van de cardioloog volledig in het voordeel van Consument laten uitwerken door uitkering te doen op basis van 29% blijvende invaliditeit. Dit percentage is coulancehalve vastgesteld conform het bepaalde in artikel 2.2.2 van de polisvoorwaarden, aangezien het hier gaat om een niet in artikel 2.2.1 genoemd geval van gedeeltelijk functieverlies. De medisch adviseur heeft hierbij de A.M.A. Guides gehanteerd en is voor de lichamelijke toestand van Consument gekomen tot een inschatting van de blijvende functionele invaliditeit van de gehele mens in de klasse van 10 tot 29%. Aangeslotene heeft vervolgens het hoogste percentage van 29% aangehouden. Consument heeft dus het voordeel van de twijfel gekregen.

#### **4. Zitting**

Ter zitting heeft Aangeslotene zijn standpunt nader toegelicht. Hij heeft daarbij nog erop gewezen dat het bij de toepassing van artikel 2.2.2 van de polisvoorwaarden gaat om de mate van blijvende invaliditeit, niet om de mate van arbeidsongeschiktheid.

#### **5. Beoordeling**

Aangeslotene heeft terecht het standpunt ingenomen dat van een ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden geen sprake was omdat niet is gebleken dat de electroshock heeft geleid tot lichamelijk letsel waarvan aard en plaats medisch waren vast te stellen.

Aangeslotene heeft zijn standpunt mede gebaseerd op informatie door de hoogleraar in de cardiologie die Consument heeft behandeld, die aan Consument op 16 maart 2007 heeft bericht dat er in feite geen aantoonbaar verband bestaat tussen zijn klachten en de elektroshock. Aangeslotene heeft, na een aanvankelijke afwijzing van een uitkering, besloten aan Consument alsnog het voordeel van mogelijke twijfel te geven en heeft aan hem op advies van zijn medisch adviseur coulancehalve een uitkering gedaan uitgaande van de bovengrens, 29%, van de range van 10 – 29% van de gehanteerde AMA guide 3.7 (Arrhythmias), vermeerderd met 6% rente daarover vanaf 1 juli 2006 tot 6 oktober 2007.

Aangeslotene is aldus jegens Consument niet te kort geschoten in de uitvoering van de onderhavige ongevallenverzekering, zodat er geen aanleiding is om Aangeslotene tot een aanvullende uitkering aan Consument gehouden te achten.

#### **6. Beslissing**

De Commissie wijst, als bindend advies, de vordering van Consument af.