



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 165
d.d. 4 oktober 2010**

(mr. M.M. Mendel, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. D.F. Rijkels)

I. Procedure

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

- het door de Ombudsman Financiële Dienstverlening overgelegde dossier;
- de brief met bijlagen van Consument van 3 september 2009;
- het ingevulde en door Consument op 3 september 2009 ondertekende vragenformulier;
- het antwoord van Aangeslotene van 15 februari 2010;
- de repliek van Consument van 16 maart 2010;
- de dupliek van Aangeslotene van 20 april 2010.

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

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

De Commissie heeft partijen opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 1 juni 2010.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 2.1 Consument heeft via zijn tussenpersoon per 1 maart 2007 een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten bij Aangeslotene. Voor deze verzekering geldt een wachttijd bij ziekte van 30 dagen en een verzekerd maandbedrag van € 1.500,-.
- 2.2 In artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat voor het aanvragen van een uitkering een volledig ingevuld schadeformulier dient te worden opgestuurd naar de verzekeraar. Consument is door zijn gemachtigde op 5 oktober 2008 arbeidsongeschikt gemeld wegens een slijmbeursontsteking aan de linkerschouder.
- 2.3 Bij brief van 7 januari 2009 heeft Aangeslotene, met inachtneming van de wachttijd van 30 dagen, aan Consument bericht dat een eenmalige uitkering zou worden verleend van € 3.000,-. Deze uitkering had betrekking op de slijmbeursontsteking voor de periode vanaf 3 oktober 2008 tot 1 januari 2009.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

- 2.4 In reactie hierop heeft de gemachtigde van Consument gesteld dat Aangeslotene ten onrechte tot de conclusie was gekomen dat Consument niet meer arbeidsongeschikt was in de zin van de verzekeringsvoorwaarden en er verder geen recht op een uitkering bestond. Er zou niet alleen sprake zijn van klachten aan de linkerschouder, maar ook van een peesontsteking in de rug. Tevens was nog sprake van medicijngebruik en therapie en Consument zou binnen afzienbare termijn een (maag)operatie moeten ondergaan. Tenslotte noemt de gemachtigde van Consument nog klachten ter zake van ‘gat in been’, slaapapneu en astma.
- 2.5 Artikel 2.5 aanhef en sub c en d van de verzekeringsvoorwaarden luidt:
“Uitsluitingen
Voor deze verzekering bestaat geen recht op uitkering als het volgende het geval is:
- c. Voor een ziekte waarvoor de verzekerde in de periode van twaalf maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering een huisarts of specialist heeft geraadpleegd (de zogenaamde inlooptermijn).....
 - d. Voor ziekte waarvan de verzekerde op de hoogte was of had kunnen zijn op het moment dat deze verzekering werd afgesloten”.
- 2.6 Artikel 2.6 van de verzekeringsvoorwaarden luidt:
“Opeenvolgende claims
Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens ziekte en deze claim is niet toegewezen of is geëindigd om welke reden dan ook, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als:
- a. De verzekerde 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om dezelfde ziekte;
 - b. De verzekerde 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om een andere ziekte.”
- 2.7 Onder verwijzing naar artikel 2.5 sub c en d van de verzekeringsvoorwaarden heeft Aangeslotene Consument bericht dat geen recht op uitkering bestaat in verband met de rugklachten omdat sprake zou zijn van een voorgeschiedenis. Voor wat betreft de nieuwe klachten beroept Aangeslotene zich op artikel 2.6 van de verzekeringsvoorwaarden.
- 2.9 Bemiddeling van de Ombudsman heeft ertoe geleid dat door Aangeslotene een - onverplichte - slotbetaling van € 3.000,- is gedaan.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

3. Geschil

- 3.1 Consument vordert van Aangeslotene hervatting van de maandelijkse uitkering van € 1500,-.
- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslagen:
- Aangeslotene is tijdig in kennis gesteld van het feit dat Consument niet alleen arbeidsongeschikt was - ook na januari 2009 - ten gevolge van een slijmbeursontsteking maar ook in afwachting was van een operatie.
 - Er zijn tijdig medische machtigingen toegezonden.
- 3.2 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende als verweer aangevoerd:
- Aangeslotene heeft geen ingevuld schadeformulier (artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden) ontvangen wat betreft een arbeidsongeschiktheidsmelding wegens andere aandoeningen dan een slijmbeursontsteking.
 - In verband met een slijmbeursontsteking aan zijn schouder is aan Consument een uitkering verleend van 2 november 2008 tot 1 januari 2009. Deze claim is overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden afgehandeld. Door consument zijn geen (medische) gegevens overgelegd waaruit blijkt dat nadien onafgebroken arbeidsongeschiktheid is ontstaan c.q. is blijven bestaan wegens schouderklachten in verband met de slijmbeursontsteking. Ook is er geen sprake meer geweest van behandeling vanwege schouderklachten (artikel 2.2 van de verzekeringsvoorwaarden).
 - Consument kan op grond van de verzekeringsvoorwaarden slechts voor één specifieke ziekte, aandoening of letsel een beroep doen op de verzekering. Voor dezelfde of een nieuwe ziekte, aandoening of letsel kan een nieuwe claim worden ingediend met inachtneming van de in artikel 2.6 genoemde termijnen. Het door Consument gedane beroep op de verzekering in verband met nieuwe lichamelijke klachten kan alleen al om die reden niet slagen.
 - Wat betreft de peesontsteking in de lage rug is een en ander terug te voeren op reeds bestaande rugklachten, waardoor Consument ingevolge artikel 2.5 sub c en d van de verzekeringsvoorwaarden geen recht op een uitkering toekomt.

4. Beoordeling

- 4.1 Uit brieven van de gemachtigde van Consument van 10 maart 2009 en 13 juli 2009 blijkt dat volgens Consument de gevolgen van de slijmbeursontsteking aan zijn linker-schouder door Aangeslotene goed zijn afgewikkeld. Dit onderwerp behoeft dus geen verder onderzoek door de Commissie.



KiFiD

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

- 4.2 Ten aanzien van andere ziekten die in deze zaak een rol spelen, peesontsteking in de lage rug, obesitas met voorgestelde maagverkleiningsoperatie, 'gat in been', slaapapneu en astma, oordeelt de Commissie als volgt. Van deze ziekten is, zoals de gemachtigde van Consument ter zitting heeft toegegeven, alleen ter zake van de voorgestelde operatie een schadeformulier als bedoeld in art. 11 van de polis ingediend, zodat ten aanzien van de overige ziekten reeds volgens deze bepaling geen aanspraak kan worden gemaakt op de verzekering. Bovendien heeft Consument na het indienen van zijn claim gebaseerd op de slijmbeursontsteking aan zijn linker-schouder, niet 30 dagen volledig en aaneengesloten gewerkt in de zin van art. 2.6 van de polis. Op grond van deze bepaling kan Consument ten aanzien van andere ziekten dan de slijmbeursontsteking geen aanspraak maken op de verzekering.
- 4.3 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de vordering van Consument moet worden afgewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

5. Beslissing

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