Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr.2019-622
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 21 januari 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Rheinland Versicherungs A.G., handelende onder de naam Credit Life International Schade, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 30 augustus 2019
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim van Consument afgewezen met een beroep op het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden dat de verzekering geen dekking biedt als de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, verergerd of blijft bestaan door een ziekte, klacht, aandoening en/of gebrek die de verzekerde al had of heeft gehad voor de verzekering inging. De Commissie heeft geoordeeld dat deze uitsluitingsclausule van toepassing is en dat Consument dus geen dekking heeft onder de verzekering. Vordering afgewezen.

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 door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar, Consument betreffende.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 15 juli 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1984, heeft bij haar doorlopend krediet een verzekering met de naam 'Kredietbeschermer' bij Verzekeraar aangevraagd.

Zij heeft daartoe op 15 maart 2017 een certificaat ingevuld en ondertekend. De verzekering is op diezelfde dag ingegaan. De verzekering biedt dekking bij onder meer arbeidsongeschiktheid. Het verzekerd bedrag is € 300,- per maand. De eigen risico-periode is 30 dagen. Op de verzekering zijn van toepassing de Voorwaarden Krediet-beschermer TC-4004-consume-EM-E-NL-201601 (hierna: de Voorwaarden).

2.2 Consument heeft zich op 1 augustus 2018 per 4 augustus 2017 arbeidsongeschikt gemeld wegens "burn-out". Naar aanleiding van deze melding heeft Verzekeraar advies ingewonnen bij een extern medisch adviesbureau. Op grond van dit medisch advies heeft Verzekeraar de claim bij brief van 22 oktober 2018 afgewezen. Hij heeft zich daarbij beroepen op het bepaalde in artikel 23 lid 2 van de Voorwaarden, dat de verzekering geen dekking biedt als de arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, verergerd of blijft bestaan door een ziekte, klacht, aandoening en/of gebrek die de verzekerde al had of heeft gehad voor de verzekering inging Hij heeft zich ook beroepen op de verklaring op het certificaat dat de aanvrager ermee akkoord gaat dat arbeidsongeschiktheid die wordt veroorzaakt, verergerd of blijft bestaan door een ziekte die de aanvrager al had voor de verzekering ingaat, niet is gedekt. Hij schrijft daarbij dat uit het medisch onderzoek is gebleken dat Consument kort voor en ten tijde van de aanvraag- en ingangsdatum van de verzekering klachten van psychische aard had waarvoor zij drie gesprekken met de POH-GGZ (praktijkondersteuner van de huisarts) heeft gehad. Zij is door de praktijk-ondersteuner doorverwezen naar een psycholoog. Hierna werd vlak na de ingangsdatum van de verzekering een burn-out vastgesteld, waardoor zij arbeidsongeschikt raakte. Het feit dat de diagnose na de ingangsdatum is gesteld, is, zo schrijft Verzekeraar, niet relevant.

2.3 Consument heeft tegen de afwijzing van haar claim bezwaar aangetekend. Dit heeft niet geleid tot een herziening van het standpunt van Verzekeraar.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering over de periode dat zij arbeids-ongeschikt is geweest, te vermeerderen met de 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.

- De claim is ten onrechte afgewezen. Het is pertinent onjuist dat Consument 'vlak' na de ingangsdatum van de verzekering ziek is geworden.

Daar zat een termijn van vier maanden tussen. Consument is ziek geworden nadat zij de verzekering had aangevraagd. Er was geen sprake van klachten die reeds aanwezig waren voor de aanvraag van de verzekering. Er zijn gesprekken geweest met de praktijk-ondersteuner, maar die zagen alleen op pragmatische hulp bij het verbreken van de relatie van Consument met haar ex-partner.

- Consument is pas in het najaar van 2017 doorverwezen naar een psycholoog, nadat zij ziek was geworden.
- Op de interne klacht die zij naar aanleiding van de afwijsbrief van 22 oktober 2018 heeft ingediend, waarin was neergelegd een verzoek tot heroverweging van het door Verzekeraar ingenomen standpunt, heeft Consument, anders dan aangekondigd, geen reactie van de interne klachtencommissie van Verzekeraar ontvangen. In plaats daarvan heeft zij alleen een korte reactie van het medisch adviesbureau ontvangen, waarin geen nieuwe argumenten worden aangevoerd. Op de klacht is dus niet deugdelijk en volledig geantwoord.

Verweer Verzekeraar

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

- In reactie op de klacht van Consument is op 30 oktober 2018 een ontvangstbevestiging gestuurd waarin is aangegeven dat de interne klachtencommissie het verzoek tot heroverweging in behandeling heeft genomen en indien nodig, contact opneemt met het medisch adviesbureau. "Wij, of de medische dienst zullen u zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen een termijn van 14 dagen berichten." Omdat het bezwaar van Consument zich richt op de medische beoordeling van haar voorgeschiedenis en de advisering die daaruit voortvloeit, is haar klacht ter beantwoording doorgestuurd naar het medisch adviesbureau. Helaas is daarbij een week vertraging ontstaan maar van enige onduidelijkheid of onvolledigheid in de beantwoording is geen sprake.
- Bij e-mailbericht van 20 november 2018 heeft het medisch adviesbureau Consument bericht dat uit de door het bureau ontvangen informatie is geconcludeerd dat Consument rond de ingangsdatum van de verzekering psychisch al minder stabiel blijkt te zijn geweest, getuige niet alleen het feit dat kort daarna een burn-out ontstond, maar ook omdat een deel van de oorzaak van de burn-out/psychische klachten in een problematische periode ligt die voor de ingangsdatum al aanleiding gaf tot gesprekken met een POH-GGZ.
- Bij de beoordeling van een claim en een eventuele voorgeschiedenis kan geen onderscheid worden gemaakt tussen naam of aard van psychische of stressgerelateerde klachten.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op uitkering onder de verzekering. De Commissie overweegt als volgt.

4.2 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument op 6 februari 2017, 20 februari 2017 en 13 maart 2017, dus vóór de ingangsdatum van de verzekering, gesprekken heeft gehad met een POH-GGZ over de relatie met haar ex-partner. In het najaar van 2017 is zij doorverwezen naar een psycholoog, bij wie zij op 23 november 2017 is gezien voor een intakegesprek. In zijn brief van 3 oktober 2018 aan het door Verzekeraar ingeschakelde medisch adviesbureau schrijft de psycholoog dat Consument zich heeft aangemeld met PTSS-klachten en klachten die wijzen op overbelasting. Zij heeft een instabiel verleden en is een keer heftig mishandeld geweest door moeder en stiefvader. Daarnaast heeft zij een relatie gehad met een man die verslaafd bleek te zijn en met wie ze ook veel onveilige situaties heeft meegemaakt. De traumaklachten hebben een link met het verleden waarin veel onveiligheid en dreiging was. De psycholoog stelt twee diagnoses: "posttraumatische stressstoornis (inclusief de posttraumatische stressstoornis bij kinderen van 6 jaar en jonger)" en "ongespecificeerde somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornis".

4.3 Gelet op het vorenstaande is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar zich in redelijkheid op het standpunt heeft kunnen stellen dat Consument in februari 2017 reeds minder functioneerde. Het werken lukte daarbij wisselend. Rond de ingangsdatum van de verzekering bleek Consument al minder stabiel te zijn geweest met daarbij een verminderde belastbaarheid. Getuige is hiervan niet alleen het feit dat kort daarna een burn-out ontstond maar ook het feit dat een deel van de oorzaak van de burn-out/psychische klachten in een problematische periode ligt die vóór de ingangsdatum van de verzekering al aanleiding gaf tot gesprekken met een POH-GGZ en dat het daarbij niet alleen ging om een problematische relatie, maar dat ook andere factoren een rol speelden die stressvol bleken. Tussen de klachten van vóór de ingangsdatum van de verzekering en de klachten als gevolg waarvan Consument arbeidsongeschikt is geraakt bestaat naar het oordeel van de Commissie wel degelijk verband. De Commissie verbindt hieraan de conclusie dat de dekkingsuitsluiting van artikel 23 lid 2 van de Voorwaarden van toepassing is en dat Consument dus geen dekking heeft onder de verzekering voor de in augustus 2018 gemelde arbeidsongeschiktheid.

4.4 De Commissie merkt nog op dat het niet onzorgvuldig is geweest van Verzekeraar om de klachtbrief van Consument niet door het interne klachtenbureau van Verzekeraar te laten beantwoorden, maar, vanwege de medische beoordeling, door het externe medisch adviesbureau.

De Commissie is daarbij van oordeel dat het antwoord van het medisch adviesbureau deugdelijk is onderbouwd.

4.5 De slotsom is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 2 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/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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 40 van het Reglement.