Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-593
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, prof. mr. drs. M.L. Hendrikse, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 27 september 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, verder te noemen Administrateur
Datum uitspraak	: 17 juli 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Administrateur heeft de arbeidsongeschiktheidsclaim van Consument afgewezen wegens onder meer te late melding van de arbeidsongeschiktheid. De Commissie heeft geoordeeld dat de melding inderdaad te laat is gedaan, dat de te late melding niet gerechtvaardigd is en dat Administrateur door de te late melding in een redelijk belang is geschaad. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- de klachtbrief van Consument;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Administrateur;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Administrateur.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een videozitting op 10 juni 2020 en hebben daaraan deelgenomen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1981, heeft met ingang van 19 september 2008 via Administrateur een TAF Maandlastbeschermer Q afgesloten bij [naam verzekeraar] (hierna: Verzekeraar). Deze verzekering biedt dekking bij overlijden, ziekte, ongeval en onvrijwillige werkloosheid.

De einddatum van de verzekering is 19 september 2018 (looptijd 120 maanden). Het verzekerd kapitaal is € 600,- per maand. Het polisblad vermeldt geen wachttijd of eigen-risicoperiode. Het polisblad vermeldt evenmin een dekkingskeuze met bijbehorende maximale uitkeringsduur (5 jaar of langer). De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn QL GF 06-2008. Deze bepalen voor zover hier relevant:

"3. Dekking bij ziekte
Gedurende de eerste twee jaar van een ziekteclaim (…) heeft de verzekerde recht op een uitkering zodra de verzekerde door ziekte in het geheel niet in staat is de eigen werkzaamheden te verrichten. (…)

3.2 Recht op uitkering bij ziekte
Bij ziekte heeft de verzekerde recht op een uitkering als de claim aan de volgende voorwaarden voldoet:
(…)
b. De verzekerde is onder medische behandeling voor de geclaimde ziekte. Indien de verzekerde een periode langer dan vijf jaar ziek is, dan vervalt de voorwaarde dat de verzekerde onder medische behandeling moet zijn om voor een uitkering in aanmerking te blijven komen.
(…)

3.3 Aanvullende voorwaarden voor recht op een uitkering bij ziekte
Bij de volgende ziektebeelden gelden aanvullende voorwaarden:
a. Bij psychiatrische aandoeningen, mentale inzinkingen, overspannenheid, stress, of stressgerelateerde aandoeningen, bestaat er alleen recht op uitkering als de verzekerde onder behandeling is bij een psycholoog of psychiater.
(…)
c. Bij ziekte die het gevolg is van overmatig of chronisch alcoholmisbruik, bedwelmende, verdovende, opwekkende middelen of geneesmiddelen heeft de verzekerde alleen dan recht op een uitkering als deze stoffen zijn gebruikt op bevoegd medisch advies of onder toezicht van een huisarts voor een gesteldheid anders dan alcohol- of drugsverslaving.

3.5 Uitsluitingen
Voor deze verzekering bestaat geen recht op uitkering als het volgende het geval is:
(…)
e. De verzekerde nalaat zich onder medische behandeling te stellen.
f. De verzekerde op een andere manier de genezing belemmert of vertraagt.
(…)

5.2 Ziekte tijdens een periode van werkloosheid
Wanneer de verzekerde een uitkering ontvangt op basis van werkloosheid en de verzekerde wordt ziek, dan is het volgende van toepassing:
a. De verzekerde is verplicht de verzekeraar direct te informeren dat de verzekerde ziek is geworden.
(…)

12. Het aanvragen van een uitkering
Om aanspraak te kunnen maken op de verzekering dient de verzekerde een volledig ingevuld schadeformulier in te sturen naar de verzekeraar.
Een schade dient de verzekerde binnen 120 dagen nadat de verzekerde ziek of werkloos is geworden te melden bij de verzekeraar. Wordt de schade pas na 120 dagen door de verzekerde aan de verzekeraar gemeld, dan is de verzekeraar gerechtigd om een eventuele uitkering te weigeren als de verzekeraar door de te late melding in haar redelijke belang is geschaad.
(…)"

2.2 Consument was werkzaam bij zowel [werkgever 1] als bij [werkgever 2] en is door [werkgever 1] per 1 augustus 2011 ontslagen wegens disfunctioneren. Dit ontslag is goedgekeurd door het UWV. Consument heeft in 2012 een claim op de verzekering ingediend wegens werkloosheid. Administrateur heeft de claim afgewezen. Hij heeft zich erop beroepen dat de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niet voorzien in een recht op uitkering als de werkloosheid het gevolg is van een aan verzekerde toe te rekenen verwijtbaar gedrag waarvan de verzekerde had kunnen weten dat dit ontslag tot gevolg kon hebben. Na tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening is alsnog uitgekeerd, en wel over de periode 1 augustus 2011 tot 1 juni 2012.

2.3 In 2018 heeft Consument een claim ingediend wegens arbeidsongeschiktheid.
Op het schadeaangifteformulier van 11 september 2018 claimt hij vanaf 31 juli 2011 arbeidsongeschikt te zijn wegens "psychiatrische stoornis (schizofrenie), paranoïde, hallucinaties". Administrateur heeft de claim afgewezen wegens verjaring en te late melding. Consument heeft tegen de afwijzing bezwaar aangetekend. De correspondentie die hierop is gevolgd heeft tot een definitieve afwijzing van de claim geleid.
Administrateur heeft in zijn e-mailbericht van 18 februari 2019 de volgende afwijsgronden aangevoerd (de genoemde artikelen staan, voor zover niet anders vermeld, in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden):
- De arbeidsongeschiktheid is niet binnen drie maanden gemeld (artikel 12). Verzekeraar is hierdoor in zijn belangen geschaad. Hij heeft niet kunnen vaststellen of Consument bij aanvang bij de claim aan de voorwaarden voor uitkering voldeed en of hij aan de doorlopende voorwaarden heeft voldaan.

Verzekeraar heeft niet de kans gekregen om de beperkingen te beoordelen en te monitoren, het ziekteproces en de re-integratie te begeleiden en daartoe eventueel medische of arbeidsdeskundige onderzoeken te verrichten. Het ontbreken van verzuimregistratie bij de werkgever maakt dit belang alleen maar groter.
- Consument heeft niet doorlopend onder behandeling gestaan van een psycholoog of psychiater (artikel 3.2 sub b en artikel 3.3 sub a).
- Er is geen dekking voor arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van gebruik van verdovende of opwekkende middelen (artikel 3.3 sub c).
- Er is alleen recht op uitkering indien de verzekerde volledig arbeidsongeschikt is (artikel 3). Tot november 2016 heeft Consument nog in wisselende mate werkzaamheden verricht bij [werkgever 2].
- Geen recht op uitkering bestaat als de verzekerde nalaat zich onder behandeling te stellen of op een andere manier de genezing belemmert of vertraagt (artikel 3.5 sub e en f).
- Indien verzekerde ziek wordt tijdens een periode van werkloosheid is hij verplicht om de verzekeraar direct te informeren (artikel 5.2 sub a).
- De verzekering is geëindigd op 1 oktober 2018. De dekkingsperiode was dus al nagenoeg verstreken op de datum van de melding van de arbeidsongeschiktheid (11 september 2018).
- De vordering is verjaard (artikel 7:942 Burgerlijk Wetboek (BW)). Op 11 september 2018 was Consument al meer dan drie jaar op de hoogte van zijn arbeidsongeschiktheid.

2.4 Verzekeraar heeft geen dekking onder de verzekering verleend. Gezien de specifieke situatie van Consument heeft Administrateur overleg gehad met Verzekeraar. Dit heeft ertoe geleid dat Verzekeraar heeft besloten Consument tegemoet te komen en hem tegen finale kwijting een coulance-uitkering van 6 maanden aan te bieden. Consument heeft dit aanbod afgewezen.

2.5 De nadien gevolgde correspondentie heeft niet tot een oplossing van de klacht geleid.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert primair uitkering onder de verzekering vanaf de datum van arbeidsongeschiktheid (arbitrair vastgesteld op 1 augustus 2011), onder aftrek van wat wegens werkloosheid is uitgekeerd, en subsidiair heropening van de eerder wegens werkloosheid ingediende claim.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Administrateur toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument is vanaf 2011 arbeidsongeschikt. Dit is pas in 2018 gebleken toen de bedrijfsarts van het UWV in zijn rapport van 16 april 2018 de diagnose 'schizofrenie' heeft gesteld en Consument met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2011 volledig arbeidsongeschikt heeft geoordeeld. De arbeidsongeschiktheid is indertijd niet onderkend omdat de toenmalige werkgever de arbeidsongeschiktheidsmelding niet accepteerde en in plaats daarvan ontslag verleende. Het UWV heeft hem hiervoor toestemming verleend; het onvoldoende functioneren zou niet voortvloeien uit ziekte of gebreken.
- Bij Consument is sprake van een jaren durend bewustwordingsproces. Pas achteraf (in 2018) is vast komen te staan dat sprake is van schizofrenie, van een zeer ernstig beperkt persoonlijk en sociaal functioneren. Dat Consument geen adequate maatregelen heeft genomen, valt hem dus niet te verwijten. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden gaan uit van arbeidsongeschiktheid wegens een al meteen gediagnosticeerde aandoening. De geschiedenis en de situatie van Consument zijn zó atypisch dat een beroep op die voorwaarden in strijd is met een redelijke interpretatie daarvan. De specifieke en afwijkende situatie van Consument rechtvaardigt een daarop toegesneden interpretatie van de voorwaarden.
- Het ontbreken van verzuimregistratie bij de werkgever kan Consument niet worden tegengeworpen. Hij heeft daar geen enkele invloed op gehad.
- Alvorens een zinnige behandeling kan worden opgezet, dient eerst een diagnose te zijn gesteld.
- Consument heeft GHB gebruikt – een vorm van zelfmedicatie – die is aan te merken als het gevolg van arbeidsongeschiktheid, niet als oorzaak daarvan.
- Retrospectief is komen vast te staan dat Consument sinds 2011 volledig arbeids-ongeschikt is. Dat hij niettemin (tegen beter weten in) weer aan het werk is gegaan betekent niet dat hij arbeidsgeschikt was. Consument is ondanks zijn klachten steeds weer aan het werk gegaan. Bij zijn ziektebeeld hoort namelijk een fase van ontkenning. Er zijn gedwongen opnames geweest. Die hebben plaatsgevonden op initiatief van anderen. Consument zelf onderkende zijn ziekte niet. Hij had geen ziektebesef. Dit is kenmerkend voor een geestesziekte als die van Consument.
- Van nalaten zich onder behandeling te stellen, is op geen enkel moment sprake geweest, evenmin van het belemmeren of vertragen van de genezing. Consument is sinds 2013 onder behandeling geweest bij de GGZ. Zie de rapportage van de Arbodienst over de periode 2016-2019 en de rapportage van de UWV-arts van 16 april 2018.

- Consument is ziek geworden vóór de aanvang van de werkloosheid, en is dat ononderbroken gebleven. Dit blijkt uit de medische beoordeling.
- Consument was al eerder dan 30 dagen vóór het einde van de verzekering arbeidsongeschikt.
- Het beroep op verjaring gaat niet op. Consument is pas in 2018 bekend geworden met de opeisbaarheid van de vordering. De arbeidsongeschiktheid is immers vastgesteld op 16 april 2018. De wettelijke verjaringstermijn van drie jaar is dus pas in 2018 gaan lopen.
- De claim uit 2012 was gebaseerd op werkloosheid wegens ontslag. Achteraf beschouwd was Consument toen al lijdende aan schizofrenie en had de claim in feite toen reeds gebaseerd moeten zijn op arbeidsongeschiktheid.
- Consument meende dat de verzekering alleen dekking bood bij arbeidsongeschiktheid gerelateerd aan zijn dienstverband bij [werkgever 1]. Bij [werkgever 2] had Consument alleen een bijbaantje. De hypotheekadviseur heeft ook verklaard (deze verklaring is door Consument overgelegd) dat hij bij de verzekeringsaanvraag alleen het arbeidscontract en de salarisspecificaties van [werkgever 1] heeft gevoegd. Pas in 2018 is Consument erop gewezen dat de dekking voor arbeidsongeschiktheid bestond ongeacht bij wie Consument in dienst was.
- Administrateur is door de late melding niet in zijn belangen geschaad. Het gaat hier om een arbeidsongeschiktheid die achteraf als duurzaam is te beschouwen. Medische begeleiding en monitoring door Administrateur zouden geen toegevoegde waarde hebben gehad.

Verweer Administrateur

3.3 Administrateur heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument geen recht heeft op een uitkering. Administrateur voert, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren aan:

- Onjuist is de aanname dat een verzekerde de arbeidsongeschiktheid pas moet melden als er een diagnose is gesteld. Dat staat zo niet in de verzekeringsvoorwaarden. Dat pas in 2018 een diagnose is gesteld, laat onverlet dat melding moet worden gemaakt van de arbeidsongeschiktheid op het moment dat verzekerde arbeidsongeschikt is.
- In de klachtbrief bevestigt Consument dat hij in 2011 bij de procedure bij het UWV over de ontslagvergunning heeft aangevoerd dat hij zich ziek had gemeld en aan depressie leed. Hieruit blijkt dat Consument in 2011 op de hoogte was van zijn arbeidsongeschiktheid. Hij had dit toen moeten melden. Als Consument een bezwaarprocedure kan voeren bij het UWV had hij zich ook arbeidsongeschikt kunnen melden.
- Ook blijkt uit de klachtbrief en de daarbij behorende bijlagen dat Consument in 2013 om gezondheidsredenen weinig heeft gewerkt. Hij was dus op de hoogte van zijn arbeidsongeschiktheid.

De gedwongen opnames in 2013, 2014 en 2015, behandelingen en medicatie bevestigen dit. In 2017 heeft Consument gesprekken gehad met de keuringsarts van het UWV.

- Bij tijdige melding had Administrateur de arbeidsongeschiktheid medisch, arbeidsdeskundig en verzekeringstechnisch kunnen beoordelen. Ook had hij het ziekteproces doorlopend kunnen volgen en medisch en arbeidsdeskundig kunnen begeleiden. Gezien het grote tijdsverloop is dat nu niet meer mogelijk. In hoeverre het drugsgebruik past binnen het later vastgestelde ziektebeeld blijft nu in het ongewisse. De zorgmijding kan alleen worden vastgesteld aan de hand van informatie van de GGZ vanaf 2013. Deze informatie ontbreekt. Daarnaast ontbreekt informatie van de Arbodienst over 2010-2016. Administrateur is hierdoor in zijn belangen geschaad. De wetgever heeft niet voor niets een verjaringstermijn in de wet opgenomen, dit mede vanwege de rechtszekerheid.
- Het oordeel van het UWV om met terugwerkende kracht volledige arbeidsongeschiktheid aan te nemen is summier onderbouwd en daarom niet goed toetsbaar. Daarbij geldt dat voor recht op uitkering van het UWV andere grondslagen gelden dan voor recht op uitkering van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. Het oordeel van het UWV kan daarom niet zonder meer worden overgenomen.
- De verzekeringsvoorwaarden zijn niet bedoeld voor een situatie waarin sprake is van een reeds gediagnosticeerde aandoening. Integendeel; de voorwaarden bepalen juist dat de verzekerde de claim direct moet melden als de verzekerde arbeidsongeschikt is. Een diagnose wordt vaak pas later gesteld, na onderzoek. Juist om de verzekerde te kunnen begeleiden en de schadelast zoveel mogelijk te beperken, is het van belang dat de verzekeraar tijdig/in een vroeg stadium op de hoogte is van de arbeidsongeschiktheid en bij eventuele onduidelijkheid over de klachten en diagnose bijvoorbeeld een onafhankelijke medisch specialist kan inschakelen voor een expertiseonderzoek. Die kans heeft Consument Administrateur ontnomen.
- De situatie van Consument is atypisch. Dat betekent echter nog niet dat de verzekeringsvoorwaarden niet mogen worden toegepast. Het staat een verzekeraar vrij om de grenzen te bepalen waarbinnen hij dekking wenst te verlenen. Als van een verzekeraar wordt verwacht dat hij uitkering verstrekt terwijl daar geen recht op bestaat, wordt de positie van de verzekeraar geweld aangedaan. Dat is verre van redelijk en kan bovendien leiden tot nadeel voor alle verzekerden (hogere premies door niet calculeerbare schades). Vanwege de specifieke omstandigheden is aan Consument wel een redelijk coulancevoorstel gedaan. Consument is hiermee niet akkoord gegaan.
- De verzekering is niet verbonden aan een bepaalde dienstbetrekking. De verklaring van de adviseur van Consument – hulppersoon van Consument – dat hij dacht en gezegd heeft dat de polis verbonden was aan het dienstverband bij [werkgever 1], maakt dit niet anders. Administrateur heeft bij de aanvraag van de verzekering dan ook geen arbeidscontracten of loonstroken opgevraagd.

Als Consument al in de veronderstelling verkeerde dat hij geen dekking had onder de verzekering, is dit een omstandigheid die voor zijn risico komt.

- Als er wel recht op uitkering was geweest, was deze van beperkte duur geweest. De verzekering is immers geëindigd op 1 oktober 2018. De schademelding dateert van 11 september 2018. Alle vorderingen van vóór 11 september 2015 zijn dus verjaard.
- De werkloosheidsclaim kan niet worden heropend. Deze betreft niet de arbeidsongeschiktheid van Consument.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op een arbeidsongeschiktheids-uitkering onder de verzekering. Deze vraag moet worden beantwoord aan de hand van de door partijen overeengekomen voorwaarden. Als uitgangspunt heeft immers te geleden dat wat tussen partijen is afgesproken. Dat wordt bepaald in de verzekerings-voorwaarden.

4.2 In artikel 12 van de verzekeringsvoorwaarden staat dat de verzekerde een schade binnen 120 dagen nadat hij ziek is geworden dient te melden bij de verzekeraar en dat de verzekeraar gerechtigd is om een eventuele uitkering te weigeren als de schade pas na 120 dagen wordt gemeld en de verzekeraar door de te late melding in een redelijk belang is geschaad. Deze voorwaarde wordt juridisch gekwalificeerd als een verval van recht-clausule. In dit geval is niet voldaan aan de verplichting om de schade binnen 120 dagen te melden. Consument claimt vanaf 31 juli 2011 arbeidsongeschikt te zijn. Hij heeft zijn claim ingediend op 11 september 2018. Dat betekent dat het recht op een uitkering in principe is vervallen, althans dat de verzekeraar kan weigeren de uitkering te verstrekken. Dit kan nog anders worden als Consument een rechtvaardiging heeft voor zijn te late melding en anders als Administrateur niet in zijn belang is geschaad door de te late melding.

4.3 Consument heeft zich op het standpunt gesteld dat de te late melding gerechtvaardigd is.

4.4 De Commissie is van oordeel dat Consument onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de te late melding gerechtvaardigd is. Uit de overgelegde stukken volgt niet dat Consument niet wist dat hij ziek was. Bovendien heeft Consument ter zitting zelf verklaard dat hij wist ‘dat er iets mis was’, maar dat hij zich niet gerealiseerd heeft dat hij een claim op de verzekering kon indienen. Consument wijst erop dat zijn adviseur hem indertijd ten onrechte gezegd heeft dat de polis verbonden was aan het dienstverband bij [werkgever 1]. Zoals Administrateur terecht stelt, is dit een omstandigheid die voor risico van Consument komt, want hij heeft zich laten leiden door zíjn adviseur.

De conclusie is dan ook dat de te late melding niet gerechtvaardigd was.

4.5 De vraag is voorts of Administrateur in zijn belangen is geschaad door de te late melding – het moet daarbij gaan om een daadwerkelijk, praktisch belang - en of hij zich op verval van recht op uitkering kan beroepen. Bij de beantwoording van die vraag gelden de volgende uitgangspunten. Indien de verzekeraar aan wie de verwezenlijking van een verzekerd risico wordt gemeld, zich op een contractueel vervalbeding wenst te beroepen op de grond dat deze melding buiten de in het beding genoemde termijn, en dus te laat, is gedaan, dient hij onder opgave van redenen te stellen dat hij door die te late melding in zijn redelijke belangen is geschaad. Het ligt vervolgens op de weg van de verzekerde zoveel mogelijk gemotiveerd te stellen dat en waarom de verzekeraar door die te late melding niet in een redelijk belang is geschaad. Zie onder andere Hoge Raad 5 oktober 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA9705.

4.6 Administrateur heeft aangevoerd dat hij door de te late aanlevering van het schadeaangifteformulier niet heeft kunnen beoordelen of aan de dekkingsvoorwaarden is voldaan, of er sprake was van een uitsluiting, wat de mate van de arbeidsongeschiktheid is en eventueel de omvang van de uitkering en de periode waarover deze zal gelden. Hij, de medisch adviseur en de arbeidsdeskundige hebben Consument niet kunnen begeleiden vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid waardoor zij geen invloed hebben kunnen uitoefenen op het herstelproces. Consument heeft hier tegenovergesteld dat het om een achteraf als een duurzaam te beschouwen arbeidsongeschiktheid gaat en dat medische begeleiding en monitoring door Administrateur geen toegevoegde waarde zou hebben gehad.

4.7 Administrateur heeft dus gemotiveerd aangevoerd dat hij, kort weergegeven, door de te late melding is belemmerd in zijn mogelijkheden zelfstandig onderzoek te doen naar de aard, oorzaak en omvang van de arbeidsongeschiktheid die volgens Consument vanaf 31 juli 2011 zou hebben bestaan. Het had dan op de weg van Consument gelegen om zijn stelling dat Administrateur niet in zijn redelijke belangen is geschaad, concreet te maken, bijvoorbeeld aan de hand van medische stukken op grond waarvan kan worden vastgesteld dat hij volledig arbeidsongeschikt is en ook was vanaf 31 juli 2011, zodat het beroep op het verval van het recht op uitkering dient te worden gepasseerd. Als de benodigde gegevens namelijk toch komen vast te staan en Administrateur door het niet kunnen uitvoeren van zijn onderzoek niet daadwerkelijk is benadeeld, behoort het verval van het recht op uitkering achterwege te blijven.

De Commissie merkt in dit verband op dat uit het dossier blijkt dat Consument ernstige psychiatrische problemen heeft en heeft gehad, maar dat het dossier geen medisch inhoudelijke informatie (van met name de GGZ) bevat op grond waarvan een goed oordeel mogelijk is over de omvang van de medische beperkingen en het beloop daarvan vanaf de datum van arbeidsongeschiktheid.

4.8 Nu Consument in de door hem overgelegde stukken en ter zitting de aard, omvang en oorzaak van zijn arbeidsongeschiktheid niet met medische stukken heeft onderbouwd, heeft hij onvoldoende aannemelijk gemaakt dat Administrateur niet in zijn redelijke belangen is geschaad. De Commissie acht een verwijzing naar het rapport van de bedrijfsarts van het UWV van 16 april 2018 onvoldoende om tot een toewijzing van de vordering te komen. Dit rapport is te summier onderbouwd en daarom niet goed toetsbaar. Dit zo zijnde, zal de Commissie de andere door Consument aangevoerde argumenten onbesproken laten.

4.9 De Commissie merkt nog op dat de eerste claim, die door Consument werd ingediend vanwege werkloosheid, niet voor heropening vatbaar is. Deze claim is afgehandeld. Een herbeoordeling van de werkloosheidssituatie zou bovendien niet tot een andere uitkomst leiden.

4.10 De Commissie kan zich tot slot voorstellen dat Verzekeraar zijn eerder gedane coulance-aanbod gestand doet en dat Administrateur zich hiertoe opnieuw tot Verzekeraar wendt.

4.11 De slotsom is dat niet is komen vast te staan dat Administrateur 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.