Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-1049
(prof. mr. drs. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. dr. K. Engel, J.H. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. E.C. van Roosmalen-Aarts, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 24 mei 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 18 december 2019
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. De aanvraag is geaccepteerd met een uitsluiting voor psychische klachten en gehoorklachten/tinnitus. Consument vordert verwijdering van de geplaatste uitsluiting inzake psychische klachten. De Commissie concludeert dat niet gebleken is dat Verzekeraar door een dekkingsuitsluiting voor psychische klachten als voorwaarde te stellen, misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of in strijd heeft gehandeld met de wet. Verzekeraar is niet gehouden de gewraakte beperkende bepaling te verwijderen. De vordering wordt afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de klachtbrief van Consument 21 mei 2019;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

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] 1968, heeft in januari 2019 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'Verzekering') aangevraagd. Het aanvraagformulier bevat een gedeelte met gezondheidsvragen. Naar aanleiding van de door Consument gegeven antwoorden op die vragen heeft Consument vervolgens de 'Bijlage Medische Verklaring' moeten invullen. In de 'Bijlage Medische Verklaring heeft Consument – voor zover hier relevant – het volgende ingevuld:

"(…)

Overwerktheid, overspannenheid, burn out, slapeloosheid, hyperventilatie, angststoornis, ADHD, ADD, autisme spectrum stoornis (ASS), depressie, psychose, alcoholisme, verslaving, schizofrenie. Of een andere klacht, ziekte of aandoening van psychische aard.

Aandoening:	
Welke klacht, ziekte of aandoening heeft u? Of heeft u gehad?	Problemen veroorzaakt rouwverwerking na overlijden van mijn partner.
Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?	van 01-03-2018 tot 01-09-2018
Heeft u nog klachten?	Nee
Huisarts:	
Heeft u over deze klacht, ziekte of aandoening contact gehad met een huisarts?	Nee
Arts of hulpverlener:	
Bent u voor de klacht, ziekte of aandoening ooit bij een arts of hulpverlener geweest?	Ja

(…)

Wat is hun specialisme?	Mindfullness
Wanneer ging u naar hen toe?	van 01-03-2018 tot 01-09-2018
Staat u nog onder controle?	Nee
Medicijnen:	
Heeft een van uw artsen u voor deze klacht, ziekte of aandoening medicijnen voorgeschreven?	Nee
Ziekenhuisopname:	
Bent u voor deze klacht, ziekte of aandoening opgenomen (geweest) in een: ziekenhuis, psychiatrische inrichting of andere instelling?	Nee
Bent u geopereerd?	Nee
Werk:	
Heeft u hierdoor twee weken of langer aaneengesloten niet gewerkt? Of maar een deel van de dag gewerkt?	Ja
Hoe lang heeft u niet gewerkt?	Een week volledig niet gewerkt. Daarna weer opgebouwd van 4 uur naar 6 uur naar 100%
Welke periode heeft u niet gewerkt??	van 01-03-2018 tot 01-08-2018
Aanvullende informatie:	
Als u nog iets wilt toelichten, kunt u dat hier doen.	Datums zijn bij benadering.

(…)

Klacht, ziekte of aandoening aan neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis) of oorsuizen.

Aandoening:	
Welke klacht, ziekte of aandoening heeft u? Of heeft u gehad?	Oorsuizingen agv verlies hoge tonen in het gehoor.
Vanaf wanneer heeft u dit? Of van wanneer tot wanneer had u dit?	van 01-01-2004 tot 17-01-2019
Heeft u nog klachten?	Ja
Namelijk	De oorsuizingen zijn blijvend.

(…)"

2.2 Bij brief van 1 februari 2019 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar Consument – voor zover hier relevant – als volgt bericht:

"(…)

Medisch advies

Op basis van uw medische gegevens concludeer ik dat er bij u sprake is van een hoger risico om arbeidsongeschikt te worden. Uw arbeidsongeschiktheidsverzekering kan afgesloten worden, maar er geldt wel een uitsluiting voor u. Binnenkort ontvangt u van Loyalis uw polis. Hierop leest u de uitsluiting die voor u geldt.

(…)"

2.3 Consument heeft vervolgens het polisblad ontvangen. Op het polisblad is de volgende bijzondere bepaling geplaatst:

"(…)

Bijzondere bepalingen

Uitsluiting van elke invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid in verband met, danwel voortkomend uit "1. gehoorklachten/tinnitus en 2. psychische klachten" de gevolgen en consequenties ervan.

(…)"

2.4 Bij e-mailbericht van 7 februari 2019 heeft Consument bezwaar aangetekend tegen de uitsluitingen. Consument schrijft onder meer het volgende:

"(…)

Mijn verwachting is dat de uitsluiting voor psychische klachten is gebaseerd op mijn antwoorden over bezoek aan bedrijfsarts en psycholoog/mindfullnes coach afgelopen jaar. De reden voor deze bezoeken ligt in het feit dat ik na het totaal onverwacht overlijden van mijn partner op 9 maart 2017, uit balans was en hulp nodig had bij rouwverwerking. Dat ik hierbij hulp heb gezocht, zegt niets over dat ik een verhoogd risico zou hebben op psychische klachten. Integendeel: ik heb laten zien dat ik de mentale veerkracht heb om bij ingrijpende problemen hulp te zoeken en er (hoe moeilijk ook) sterker uit te komen. Mijn omgeving, inclusief mijn werkgever, zal dit kunnen bevestigen. Ik verwacht dan ook dat, als er geen andere relevante gronden zijn, zeker deze uitsluiting van de polis zal worden verwijderd.

Overigens vind ik de term psychische klachten vaag; de term wordt in de algemene voorwaarden ook niet toegelicht.

(…)"

2.5 Verzekeraar heeft bij brief van 20 maart 2019 op de bezwaren van Consument gereageerd. Verzekeraar schrijft – voor zover hier relevant – het volgende:

"(…)

Uit de ontvangen informatie is gebleken dat er bij u sprake is van oorsuizen sinds 2004 tot heden. Hiervoor bent u bij de huisarts en KNO-arts geweest. De klachten zijn tot op heden. Oorsuizen geeft een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid.

(…)

Uit de ontvangen informatie is gebleken dat u een periode uw werkt hebt gestaakt wegens rouwverwerking. Hiervoor hebt u gebruik gemaakt van mindfullness. Klachten van psychische aard zijn vaak recidiverend. Hierbij kunnen diverse diagnose gesteld worden. Om deze reden kunnen wij geen gerichte clausule adviseren. Tevens is er een verhoogd risico op langdurige arbeidsongeschiktheid bij deze klachten.

(…)"

2.6 Bij e-mailbericht van 26 april 2019 heeft Verzekeraar zijn standpunt herhaald.

2.7 Consument heeft hier bij e-mailbericht van 2 mei 2019 op gereageerd. Hij schrijft – voor zover hier relevant – het volgende:

"(…)

Ik vind het bijzonder teleurstellend dat:

(…)

* er niet wordt uitgelegd waarom iemand die hulp nodig heeft bij rouwverwerking, het levenslang stempel 'psychisch risico' krijgt.
* mijn eerdere vraag niet wordt beantwoord, dat de term 'psychische klachten' nergens is gedefinieerd en/of ingekaderd.

Ik vind nog steeds dat de uitlsluiting onvoldoende deugdelijk is onderbouwd.

(…)"

2.8 Verzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 21 mei 2019 gereageerd. Hij schrijft – voor zover hier relevant – het volgende:

"(…)
Voor psychische klachten bestaat er de eerste jaren na behandeling een verhoogd risico op recidief klachten die aanleiding geven tot arbeidsongeschiktheid. Ervaringen laten zien dat klachten van psychische aard vaak samenhang vertonen met elkaar. Hierdoor zijn de richtlijnen zo gesteld dat er bij een psychische klacht, indien deze uitgesloten dient te worden, altijd alle psychische klachten worden uitgesloten.
(…)"

2.9 De Verzekering is met ingang van 1 februari 2019 tot stand gekomen met de uitsluiting inzake psychische klachten en gehoorklachten/tinnitus.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert verwijdering van de door Verzekeraar op de Verzekering geplaatste uitsluiting inzake psychische klachten.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar ten onrechte een uitsluiting op de Verzekering heeft geplaatst inzake psychische klachten. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Verzekeraar heeft het proces dat Consument heeft doorlopen tijdens de rouw-verwerking van zijn partner oneigenlijk gebruikt om een uitsluiting voor psychische klachten op de Verzekering te plaatsen. Het is volgens Consument niet meer dan normaal dat hij hulp heeft gezocht bij de rouwverwerking en dat hij een periode niet, althans niet volledig, heeft gewerkt. Dat zegt volgens hem niets over zijn psychische gesteldheid in algemene zin. Verzekeraar gaat volledig voorbij aan de oorzaak van de klachten/het verzuim, te weten het overlijden van zijn partner. Als al sprake zou zijn van een verhoogd risico in de eerste jaren na de behandeling, zoals door Verzekeraar wordt gesteld, dan zou de uitsluiting voor psychische klachten moeten worden beperkt tot de periode van een aantal jaren. Bovendien is er, anders dan Verzekeraar stelt, geen sprake van een langdurige periode van verzuim.

Verweer Verzekeraar

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

- Het staat Verzekeraar vrij om de voorwaarden te bepalen waaronder hij een kandidaat-verzekerde accepteert voor de verzekering.

Verzekeraar kan het advies van zijn medisch adviseur slechts marginaal toetsen. Dat wil zeggen dat hij niet inhoudelijk op de medische aspecten van het advies ingaat. Verzekeraar kan slechts beoordelen of de medisch adviseur in alle redelijkheid tot zijn oordeel is kunnen komen en of hij daarbij de nodige zorgvuldigheid in acht heeft genomen. Op basis van de informatie die Verzekeraar heeft gekregen, heeft hij vastgesteld dat het advies van de medisch adviseur voldoende is onderbouwd en dat de medisch adviseur de benodigde zorgvuldigheid heeft betracht.

- Bij de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van Verzekeraar bepaalt niet de verzekeringsmaatschappij de arbeidsongeschiktheid, maar het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Dit betekent dat bij het bepalen van het verzekeringsrisico bij de acceptatie aansluiting wordt gezocht bij de beoordelingsmethodiek die bij eventueel in de toekomst door het UWV te verrichten arbeidsongeschiktheidsuitkering gehanteerd gaat worden. De arbeidsongeschiktheidskeuringen door het UWV zijn gericht op het vaststellen van resterende functionaliteiten. Weliswaar moeten de daarbij vastgestelde klachten/beperkingen een uiting van ziekte zijn, maar de exacte diagnose is daarbij van ondergeschikt belang en wordt in voorkomend geval derhalve meestal vrij algemeen geformuleerd. De beperkingen, zoals vastgelegd in de Functionele Mogelijkheden Lijst zijn daarbij niet direct aan een specifieke aandoening gekoppeld, maar een weerslag van het totale beeld met betrekking tot de belastbaarheid. In dat licht bezien luistert de risicobepaling bij acceptatie uitermate nauw en is er al snel sprake van een niet-verzekerbaar risico-element dat dan vervolgens als ruim geformuleerde, in ieder geval meestal ruimer dan de specifieke diagnose, bijzondere voorwaarden/clausule in de polis wordt opgenomen. In de acceptatie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering van Verzekeraar worden geen keuringen verricht door medisch specialisten of andere deskundigen voor de toelating tot de verzekering. Het acceptatiebeleid is zo ingericht dat de medische dienst op basis van de verkregen medische gegevens tot een oordeel komt. Het is dan aan de klant of hij zich met dat oordeel/met de eventueel gestelde voorwaarden, gekoppeld aan de voorgestelde verzekeringspremie, kan verenigen, dan wel elders, bij een andere verzekeringsmaatschappij tot een voor hem beter passend aanbod kan komen.

4. Beoordeling

4.1 Consument stelt zich, kort gezegd, op het standpunt dat Verzekeraar het proces dat hij heeft doorlopen tijdens de rouwverwerking van zijn partner oneigenlijk heeft gebruikt om een uitsluiting voor psychische klachten op de Verzekering te plaatsen. De Commissie overweegt in dit kader het volgende.

4.2 Een verzekeraar is in beginsel vrij naar eigen inzicht te beoordelen of hij een verzekering, al dan niet onder beperkende voorwaarden, wil aangaan. Verzekeraars hebben, behoudens uitzonderingen (die zich in deze zaak niet voordoen) geen acceptatieplicht. Een verzekeraar mag zich laten leiden door zijn eigen opvattingen (of die van zijn medisch adviseur) omtrent de waardering van het risico. Dit valt af te leiden uit een uitspraak van de Hoge Raad van 9 juni 2006 (gepubliceerd op rechtspraak.nl onder nummer ECLI:NL:HR:2006:AV9435). In dit arrest heeft de Hoge Raad overwogen, in randnummer 3.4.2, dat het een verzekeraar vrijstaat om de grenzen te omschrijven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen. De Hoge Raad heeft dit herhaald in randnummer 3.4.2 van zijn arrest van 16 mei 2008 (gepubliceerd onder nummer ECLI:NL:HR:2008:BC2793).

4.3 In een eerdere uitspraak heeft de Commissie dit als volgt verwoord: "Het staat Verzekeraar vrij acceptatiecriteria te hanteren waarbij de medische voorgeschiedenis van een aspirant-verzekeringnemer – in dit geval psychische klachten – wordt meegewogen in de beoordeling van het te bepalen risico en derhalve ook om een aspirant-verzekeringnemer alleen te accepteren met een beperkende bepaling indien Verzekeraar een verhoogd risico aanwezig acht." Zie de uitspraak van de Commissie met nummer 2018-352 (raadpleegbaar via www.kifid.nl onder 'Eerdere uitspraken'). Het ging in deze zaak om een arbeidsongeschiktheidsverzekering en – toevallig – ook om psychische klachten.

4.4 Dat een verzekeraar zich bij het sluiten van een verzekering mag laten leiden door zijn eigen opvattingen (of die van zijn medisch adviseur) omtrent de waardering van het risico, geldt ook voor verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden, zoals Verzekeraar in deze zaak.

4.5 Het voorgaande verklaart waarom het de Commissie niet is toegestaan om te treden in het acceptatiebeleid van een verzekeraar. Dat dit de Commissie niet is toegestaan, blijkt uit artikel 2.1 onder i) van het Reglement van de Geschillencommissie (gepubliceerd op de website van het Kifid, versie vanaf 1 april 2017). Daarin staat dat de Commissie een klacht van een Consument niet behandelt (lees: niet mag behandelen) voor zover de klacht ziet op de weigering om een rechtsverhouding aan te gaan of om de dienst-verlening uit te breiden, tenzij de klacht behelst dat de Financiële Dienstverlener misbruik heeft gemaakt van hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of bij zijn weigering in strijd heeft gehandeld met de wet.

4.6 Niet gebleken is dat Verzekeraar, door een dekkingsuitsluiting voor psychische klachten als voorwaarde te stellen, in strijd met de wet heeft gehandeld.

Aan de orde is derhalve de vraag of Verzekeraar, zoals Consument heeft gesteld, misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid. Ook daarvan is niet gebleken. Niet gebleken is dat Verzekeraar Consument heeft gediscrimineerd (bijvoorbeeld op grond van zijn afkomst of vanwege zijn religie) of dat Verzekeraar anderszins, met willekeur van zijn bevoegdheid om al dan niet te contracteren, misbruik heeft gemaakt van de positie van Consument.

4.7 Ten overvloede merkt de Commissie het volgende op. Verzekeraar heeft toegelicht op welke wijze hij het contractueel risico dat hij loopt, inschat en inkadert. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft vervolgens in zijn brieven van 16 juli 2019 en 27 augustus 2019 toegelicht waarom is besloten tot het uitsluiten van arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische klachten (en gehoorklachten/tinnitus). De Commissie is van oordeel dat het standpunt van Verzekeraar niet onredelijk of irreëel lijkt te zijn.

4.8 De Commissie concludeert dat Verzekeraar niet gehouden kan worden de gewraakte beperkende bepaling te verwijderen. De vordering wordt daarom afgewezen.

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.