RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2004/72 Med

i n d e k l a c h t nr. 2003.5792 (151.03)

ingediend door:

hierna te noemen 'klaagster'

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.
Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klaagster was werkzaam als onderwijzeres. In mei 2000 heeft zij door bemiddeling van een tussenpersoon twee arbeidsongeschiktheidsverzekeringen bij verzekeraar gesloten. Klaagster heeft bij een haar in februari 2002 overkomen ongeval letsel opgelopen en zij is daarna volledig arbeidsongeschikt geworden. Verzekeraar heeft het verzoek van klaagster om uit te keren uit hoofde van de beide verzekeringen afgewezen.

De algemene voorwaarden die op de verzekeringen van toepassing zijn, luiden voor zover thans van belang:

Artikel A. Begrippen

(…)

A 4 Arbeidsongeschiktheid:
het geheel niet in staat zijn van verzekerde inkomsten uit arbeid of winst uit onderneming te verwerven als direct en uitsluitend gevolg van ziekte en/of ongeval, hetgeen medisch dient te zijn vast te stellen en op voorwaarde, dat verzekerde voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid actief en bezoldigd aan het arbeidsproces deelnam. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag, waarop de arbeidsongeschiktheid door een bevoegd medicus is vastgesteld.

A.5 Ziekte:
onder ziekte wordt verstaan een lichamelijke of geestelijke aandoening van verzekerde, welke zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een medicus stelt.

De klacht

De klacht ziet in de eerste plaats op de weigering van verzekeraar om, afgezien van een kleine coulance betaling van € 2.339,60, tot uitkering over te gaan, omdat de arbeidsongeschiktheid van klaagster voor een deel zou zijn te wijten aan een aangeboren afwijking van de linkerarm en de linkerhand (de ziekte van Klumpke). De arbeidsongeschiktheid van klaagster na het haar overkomen ongeval is echter een direct en uitsluitend gevolg van het ongeval. Zij heeft immers tot de dag van het ongeval probleemloos gewerkt. De ziekte van Klumpke stond daaraan op geen enkele wijze in de weg. Volgens verzekeraar zou klaagster, indien zij de aangeboren afwijking niet zou hebben gehad, in mindere mate arbeidsongeschikt zijn geweest, aangezien zij dan haar linkerarm en linkerhand zou hebben kunnen gebruiken. Verzekeraar heeft deze stelling echter niet (nader) onderbouwd. Nu vaststaat dat klaagster als gevolg van het ongeval arbeidsongeschikt is geraakt, is het aan verzekeraar om de feiten te bewijzen die hem van zijn verplichting tot uitkering ontheffen. Ondanks de ziekte van Klumpke was klaagster arbeidsgeschikt. Indien klaagster die ziekte niet had gehad, was het heel wel mogelijk geweest dat zij ook voor 80 tot 100% arbeidsongeschikt was verklaard. De posttraumatische dystrofie waaraan klaagster lijdt, is een vaak langdurig, zo niet chronisch ziektebeeld waarbij in het algemeen ernstige belemmeringen optreden en sprake is van ernstige pijnklachten. Deze aandoening heeft derhalve grote consequenties voor de deelname aan het arbeidsproces. Verzekeraar gaat ten onrechte voorbij aan de ernst van het opgelopen letsel en de invloed daarvan op de arbeids(on)geschiktheid.

Klaagster verwijt verzekeraar in de tweede plaats dat hij het verzoek om uit te keren zonder behoorlijk onderzoek en zonder motivering heeft afgewezen. Niet blijkt dat verzekeraar daadwerkelijk een medisch adviseur heeft ingeschakeld die het medisch dossier van klaagster heeft bestudeerd. Nu de afwijzing kennelijk is gebaseerd op het advies van een medisch adviseur had verzekeraar dit advies moeten overleggen, zodat getoetst kon worden of dat advies aan de professionele standaard voldeed. Voor de medisch adviseur van klaagster was het nu ook niet mogelijk om van gedachten te wisselen over de medische aspecten van de onderhavige dystrofie. Verzekeraar beroept zich alleen op de ziekte van Klumpke en heeft kennelijk geen onderzoek gedaan naar de impact van de posttraumatische dystrofie op het werkzame leven van klaagster.

In de derde plaats ziet de klacht op de onzorgvuldige acceptatieprocedure bij verzekeraar. Klaagster is niet gewezen op een (eventuele) uitsluiting vanwege haar aangeboren afwijking. Verzekeraar maakt op zijn internet site reclame voor de eenvoudige acceptatieprocedure die hij hanteert, waarbij een uitgebreide medische keuring niet aan de orde is. Klaagster heeft geen gezondheids-verklaringen hoeven te tekenen en heeft geen medische keuring ondergaan. Verzekeraar schaadt de goede naam van het verzekeringsbedrijf door enerzijds reclame te maken voor een gemakkelijke acceptatie en anderzijds, wanneer het risico zich voordoet, de verzekerden daarop af te rekenen.

Het standpunt van verzekeraar

Klaagster heeft op 20 mei 2000 twee verzekeringscertificaten ondertekend op basis waarvan verzekeraar twee dekkingen tegen arbeidsongeschiktheid heeft afgegeven. Klaagster heeft haar gezondheidsproblemen op 21 februari 2002 telefonisch bij verzekeraar gemeld. Klaagster heeft in het namens haar ingevulde schadeformulier vermeld dat zij sedert 13 februari 2002 arbeidsongeschikt is, omdat zij geen van beide handen kan gebruiken. Op 22 april 2002 heeft verzekeraar een brief ontvangen van een chirurg die meedeelt dat klaagster een polsfractuur rechts heeft opgelopen en dat zij sinds 16 april 2002 bekend is met een zogenoemde posttraumatische dystrofie. Volgens deze chirurg is klaagster ook bekend met een aangeboren afwijking van de linkerarm en hand waardoor deze nauwelijks functioneel kunnen worden gebruikt.

Verzekeraar heeft de door klaagster ingediende claim niet kunnen honoreren op grond van artikel A4 van de verzekeringsvoorwaarden. Anders dan klaagster stelt, ligt het niet op de weg van verzekeraar, maar op de weg van klaagster om aan te tonen dat er arbeidsongeschiktheid is in de zin van de onderhavige verzekering. Omdat de ziekte van Klumpke aanwezig was vóór het aangaan van de twee verzekeringen is deze aandoening niet een ziekte in de zin van artikel A5 van de verzekeringsvoorwaarden. De arbeidsongeschiktheid die mede daardoor wordt veroorzaakt, is niet gedekt. Verzekeraar voegt hieraan nog toe dat klaagster door de verzekeringscertificaten te ondertekenen ten onrechte heeft verklaard een goede gezondheid te bezitten. ‘Gezondheid’ wordt door Van Dale omschreven als ‘een toestand van optimaal welzijn in geestelijk, lichamelijk en/of maatschappelijk opzicht’. Het feit dat klaagster lijdt aan de ziekte van Klumpke had haar moeten weerhouden van het ondertekenen van de verzekerings-certificaten. De verzekeringen waar het hier om gaat kennen geen maatwerkacceptatie. Indien men de op het verzekeringscertificaat vermelde verklaring niet kan afleggen, moet men de verzekeringen ook niet aangaan. Als klaagster zich door haar gezondheidstoestand had laten weerhouden van het ondertekenen van de verzekeringscertificaten, zouden de verzekeringen niet tot stand zijn gekomen. Verzekeraar is feitelijk gerechtigd om de nietigheid als bedoeld in artikel 251 van het Wetboek van Koophandel in te roepen.

Het tweede onderdeel van de klacht is onbegrijpelijk. De raadsvrouw van klaagster heeft nimmer te kennen gegeven dat zij de naam van de medisch adviseur van verzekeraar en/of diens advies wilde weten. Een enkel verzoek daartoe was voldoende geweest om deze informatie te ontvangen. Voorts verdient opmerking dat deze zaak wel een medische kant heeft, maar dat het zwaartepunt ligt bij de uitleg van de verzekeringsvoorwaarden.

Klaagster heeft in de derde plaats bezwaar gemaakt tegen de acceptatieprocedure. Verzekeraar kan dit niet onderschrijven. Klaagster heeft door ondertekening van de certificaten verklaard kennis te hebben genomen van de verzekeringsvoorwaarden. Niet kan worden volgehouden dat klaagster niet bekend was of had behoren te zijn met de uitsluiting. Sterker nog, deze discussie kan achterwege blijven, daar klaagster de gezondheidsverklaring in het geheel niet had kunnen afleggen. De verzekeringsvoorwaarden sluiten alles uit ten aanzien van ziektes of aandoeningen die voorafgaan aan de aanvraag. De gezondheidsverklaring op het certificaat heeft slechts ten doel de verzekeringnemer ervan bewust te maken dat de verzekering (eventueel) in zijn geval niet zinvol is of op zijn minst aan beperkingen onderhevig.

Verzekeraar merkt ten slotte op dat niet blijkt dat klaagster vóór het ongeval meer dan fulltime werkte. Uit het door klaagster ter zake overgelegde stuk blijkt dat klaagster slechts parttime werkte. Van belang is dat klaagster door de certificaten te ondertekenen ook heeft verklaard dat zij voor minimaal 30 uur per week werd bezoldigd. Indien dit ten tijde van het aangaan van de verzekeringen niet het geval was, heeft klaagster de verzekeringscertificaten destijds ten onrechte ondertekend.

Het commentaar van klaagster

Na kennisneming van het verweer van verzekeraar heeft klaagster haar klacht gehandhaafd en nog het volgende aangevoerd. Posttraumatische dystrofie is een aandoening die niet alleen het gebruik van aangedane extremiteiten betreft. De bij klaagster opgetreden posttraumatische dystrofie brengt behalve klachten en beperkingen van de rechterpols ook nog veel hoofdpijn, last van vergeetachtigheid en concentratie- en geheugenstoornissen met zich mee. Klaagster legt nieuwe medische stukken over waaruit volgens haar blijkt dat zij ook zonder de ziekte van Klumpke volledig arbeidsongeschikt zou zijn geworden door het haar overkomen ongeval.

Voorts heeft klaagster aangevoerd dat zij de certificaten terecht heeft ondertekend, omdat zij destijds prima voor zichzelf kon zorgen en geenszins beperkt was in haar dagelijks leven of haar werk. Van haar kan niet worden verwacht dat zij spontaan de beperking die zij sinds haar geboorte heeft, opgeeft. Als verzekeraar diep in het medische verleden van zijn verzekerde wil graven, had hij klaagster een vragenformulier over haar medische achtergrond moeten laten invullen.

Uit de (nieuwe) verklaring van de werkgever van klaagster blijkt, volgens haar, dat zij fulltime werkt met een uitbreiding van 0,0860 per jaar. Klaagster werkt in het onderwijs op basis van 1.659 uren per jaar, derhalve meer dan 30 uur per week.

Klaagster dient een aanvullende klacht in, omdat verzekeraar de (op het certificaat vermelde) medische machtiging nog heeft gebruikt nadat verzekeraar ervan op de hoogte was dat klaagster een advocaat had ingeschakeld. Verzekeraar had uit de tussenkomst van de advocaat moeten opmaken dat de medische machtiging werd ingetrokken.

Het overleg met verzekeraar

Verzekeraar heeft de Raad meegedeeld dat de verzekering in de onderhavige vorm, die dateert van 1998, niet meer wordt aangeboden. Verzekeraar heeft verklaard begrip te hebben voor een andere ziektebeleving, zeker als er geen medische behandeling meer is. Om die reden is aan klaagster uit coulance een bedrag betaald. Verzekeraar blijft moeite houden met de vraag in hoeverre de arbeidsongeschiktheid moet worden toegerekend aan de nieuwe aandoening. Arbeidsongeschiktheid wordt, aldus verzekeraar, in de verzekeringsvoorwaarden mede bepaald door de restcapaciteit.

Verzekeraar heeft de aanvullende klacht betwist. De advocaat van klaagster had uit de correspondentie kunnen begrijpen dat verzekeraar van de machtiging gebruik zou maken. Volgens verzekeraar is daartegen geen bezwaar gemaakt.

2004/72 Med

Het oordeel van de Raad

1. Klaagster heeft twee verzekeringscertificaten ondertekend waarop - voor zover thans van belang - het volgende is vermeld:
'Ondergetekende(n) verklaart/verklaren:
- kennis genomen te hebben van en akkoord te gaan met de algemene verzekeringsvoorwaarden;
- te weten, dat het opzettelijk afleggen van onjuiste verklaringen nietigheid van een verzekering tot gevolg kan hebben (art. 251 WvK);
- momenteel een goede gezondheid te bezitten, niet jonger te zijn dan 18 jaar en niet ouder te zijn dan 60 jaar;
- momenteel geen aandoeningen te hebben, die medische behandeling vereisen;
indien het risico van arbeidsongeschiktheid wordt verzekerd:
- in de 12 maanden voorafgaand aan deze aanvraag gedurende niet meer dan 30 dagen geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt te zijn geweest;
- zijn/haar/hun beroep al dan niet in loondienst gedurende tenminste 30 uur per week bezoldigd en aktief uit te oefenen en momenteel niet gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt te zijn;
- (…)'
2. Het standpunt van verzekeraar, dat de omstandigheid dat klaagster sedert haar geboorte lijdt aan de ziekte van Klumpke haar ervan had moeten weerhouden de verzekeringscertificaten te ondertekenen, is niet verdedigbaar. Verzekeraar heeft niet weersproken dat het gaat om een aandoening, die tot gevolg heeft dat klaagster haar linkerarm en linkerhand niet of nauwelijks kan gebruiken, maar die haar overigens niet heeft belemmerd om normaal als onderwijzeres te functioneren. Klaagster heeft derhalve de hiervoor geciteerde verklaring dat zij een goede gezondheid heeft en geen aandoening heeft die medische behandeling vereist, kunnen onderschrijven.
3. Klaagster heeft aangevoerd dat haar rechter pols bij het ongeval is verbrijzeld en dat zij lijdt aan posttraumatische dystrofie. Verzekeraar heeft dit niet weersproken, maar heeft het standpunt ingenomen dat de arbeidsongeschiktheid van klaagster niet het directe en uitsluitende gevolg is van het ongeval, doch mede wordt veroorzaakt door de omstandigheid dat klaagster lijdt aan de ziekte van Klumpke.
4. De Raad acht ook dit standpunt van verzekeraar niet verdedigbaar. Verzekeraar heeft klaagster geaccepteerd zonder uitsluiting of voorbehoud met betrekking tot haar aandoening. Dit betekent dat verzekeraar bij het bepalen van de restcapaciteit dient te betrekken dat klaagster niet de beschikking heeft over haar linkerarm en linkerhand. Voorts gaat verzekeraar eraan voorbij dat de posttraumatische dystrofie, zoals bij klaagster geconstateerd, een pijnaandoening is van zodanige ernst dat klaagster, ook indien zij niet aan de ziekte van Klumpke had geleden, daardoor volledig arbeidsongeschikt zou zijn geworden.
5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat verzekeraar door het innemen van de hiervoor besproken standpunten de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad, zodat de klacht in zoverre gegrond is. In dit oordeel ligt besloten dat de wijze waarop verzekeraar de onderhavige verzekeringen heeft geaccepteerd voor zijn risico komt. Dit brengt mee dat de klachten, voor zover zij zich richten tegen de door verzekeraar gevolgde acceptatieprocedure geen afzonderlijke behandeling behoeft.
6. De aanvullende klacht is niet gegrond. De stukken bieden voldoende steun voor het standpunt van verzekeraar dat de advocaat van klaagster uit de correspondentie met verzekeraar redelijkerwijs heeft kunnen begrijpen dat verzekeraar van de bij de aanvang van de verzekering gegeven machtiging gebruik zou gaan maken en voor het standpunt dat daartegen toen geen bezwaar is gemaakt.

2004/72 Med

De beslissing
De Raad verklaart de klacht gegrond, maar de aanvullende klacht ongegrond. Aan dit oordeel verbindt de Raad de consequentie dat verzekeraar tot uitkering uit hoofde van de onderhavige verzekeringen overgaat.

Aldus is beslist op 11 oktober 2004 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, drs. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. C.A.M. Splinter, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. B. Sluijters)

De Secretaris:

(Mr. C.A.M. Splinter)