Mondelinge uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0296 (mr. R.J. Verschoof, voorzitter, drs. A. Paulusma-de Waal, mr. A.W. Westerveld, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 20 mei 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. Loyalis Schade, gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 24 maart 2021
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De commissie is van oordeel dat niet is gebleken dat de verzekeraar misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of dat hij in strijd met de wet heeft gehandeld door zeven clausules op de polis te plaatsen. Ook hoeft de verzekeraar de wachttermijn niet in te korten. Vordering afgewezen.

1. Mondelinge behandeling

De zaak is op 24 maart 2021 behandeld op een deels digitale hoorzitting. Op de hoorzitting was de consument aanwezig samen met haar vader. De verzekeraar heeft digitaal deelgenomen.

Partijen hebben verklaard ermee in te stemmen dat de commissie mondeling uitspraak doet.

2. Klacht

De consument is het niets eens met de zeven clausules en de wachttermijn van 24 maanden die door de verzekeraar op haar arbeidsongeschiktheidspolis zijn geplaatst. Zij vordert dat de clausules nader gespecificeerd worden en/of komen te vervallen en de wachttermijn wordt verkort.

3. Beslissing

De verzekeraar is niet gehouden de clausules anders te formuleren en/of die te schrappen. Evenmin hoeft de verzekeraar de wachttermijn van 24 maanden te verkorten. De vordering wordt afgewezen.

4. Gronden voor de beslissing

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 wordt contractsvrijheid genoemd. Het is de commissie niet toegestaan om te treden in het acceptatiebeleid van een verzekeraar, behalve als de verzekeraar misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of bij zijn weigering in strijd heeft gehandeld met de wet. Daarvan is geen sprake.

De verzekeraar heeft een unieke positie binnen de verzekeringswereld, omdat de verzekeraar in principe elke verzekeringsaanvraag accepteert en UWV-volgend is. Omdat de verzekeraar geen verzekeringsaanvragen afwijst, plaats de verzekeraar clausules op de polis om verhoogde risico's uit te sluiten, waarbij de verzekeraar rekening houdt met het gegeven dat het UWV werkt met ruime formuleringen bij zijn arbeidsongeschiktheidsverklaringen die de verzekeraar zal moeten volgen. In de praktijk betekent dit dat de risicobepaling bij acceptatie van een nieuwe verzekerde nauw luistert. Elk niet verzekerbaar risico-element leidt tot een uitsluitingsclausule op het polisblad, waarbij de formulering ruim is, omdat niet de verzekeraar zelf de arbeidsongeschiktheid bepaalt, maar het UWV dat daarbij zijn eigen beoordelingsmethodiek hanteert.
In dit geval is door de medisch adviseur van de verzekeraar voldoende onderbouwd waarom de consument eigenlijk onverzekerbaar is voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering en waarom er zeven clausules op de polis zijn geplaatst. De verzekeraar is ook niet gehouden de clausules anders te formuleren. Dat past binnen de contractsvrijheid die de verzekeraar heeft. Van misbruik van recht is geen sprake.

De medisch adviseur van de verzekeraar heeft op de zitting duidelijk gemaakt dat de achtergrond van de meeste, zo niet alle uitsluitingen psychosomatisch van karakter is. Als consument in de toekomst arbeidsongeschikt zou worden door een oorzaak van duidelijk somatische aard, zal een redelijk handelend medisch adviseur het advies geven aan de verzekeraar om tot uitkering over te gaan. Als voorbeeld noemde de medisch adviseur de uitsluiting voor 'buikklachten'. Die is op de polis geplaatst wegens een prikkelbare darm van de consument. Als zij later onverhoopt een darmcarcinoom zou krijgen en daardoor arbeidsongeschikt zou raken, zal een redelijk handelend medisch adviseur de verzekeraar adviseren tot uitkering over te gaan, ondanks de uitsluiting voor buikklachten.

Ook de gehanteerde wachttermijn valt onder de contractsvrijheid die de verzekeraar heeft. Die wachttermijn van 24 maanden hoeft de verzekeraar dus niet te verkorten, zoals de consument had gevorderd.

Voor zover de consument zou overwegen zich ergens anders tegen arbeidsongeschiktheid te verzekeren, dan kan zij geen aanspraak maken op premierestitutie. Ondanks de wachttermijn van 24 maanden biedt de verzekering namelijk wel dekking als de consument arbeidsongeschikt zou worden door een ongeval. Tegenover het risico dat de verzekeraar loopt om een uitkering te verlenen, staat de door de consument te betalen premie.

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.