**Niet-Bindende Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-339 d.d. 16 november 2015 (mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden en mr. R. de Kruif, secretaris)**

## Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De Commissie komt in dit geval tot de conclusie dat de voorwaarden wel van toepassing zijn. Aangeslotene kon zich dan ook op de in de voorwaarden genoemde uitsluitingsgronden beroepen. Aangeslotene heeft op basis van de aan haar verstrekte (medische) gegevens vast kunnen stellen dat de arbeidsongeschiktheid van Consument is veroorzaakt door klachten die uitgesloten zijn van dekking. Dat de klachten van Consument door de tweede aanrijding verergerd zijn, betekent niet dat het om andersoortige klachten gaat. De uitsluitingsgronden blijven van toepassing. Vorderingen afgewezen.

Consument,

tegen

TADAS Verzekeringen B.V., gevestigd te Heerhugowaard, hierna te noemen Aangeslotene.

## 1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:

- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende vragenformulier met bijlagen;
- de brieven van Consument;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen haar advies niet als bindend aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 26 oktober 2015 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

2.1. Consument heeft op 20 november 2004 (onder andere) een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering (Voorziening Inkomens Bescherming) getekend. In het betreffende aanvraagformulier is onder ander het volgende opgenomen:
*"Ondergetekende verklaart bovendien bekend te zijn met de voorwaarden van verzekering welke voor de aangevraagde verzekering(en) word(t)(en) gehanteerd."*

2.2. Op 3 april 2006 heeft (de rechtsvoorganger van) Aangeslotene een brief verstuurd aan Consument waarin onder andere het volgende is opgenomen:
*"Op aanraden van uw adviseur van DSB Financieel Advies te Wognum heeft u gekozen voor een Beschermd Betalings Plan van DSB Schade. Een goede keuze. Deze verzekering zorgt voor een uitkering bij arbeidsongeschiktheid of onvrijwillige werkloosheid.*
*Bij deze brief vindt u uw polis, de verzekeringsvoorwaarden en een productleeswijzer, wij verzoeken u deze papieren van uw financieringsovereenkomst te bewaren. (…)"*

2.3. Op het bij de brief van 6 april 2006 verstrekte polisblad van de arbeidsongeschiktheidsverzekering staat onder andere het volgende vermeld:

| | |
|---|---|
| *"Verzekerde looptijd* | *120 maanden* |
| *Ingangsdatum:* | *1-10-2004* |
| *Einddatum:* | *1-10-2014* |
| *Verzekerd termijn:* | *€ 750,00* |
| *Verzekerd bedrag:* | *€ 90000,00* |
| *Premie:* | *€ 3.987,00* |

*(…) DOOR ONDERTEKENING VERKLAART (IEDERE) VERZEKERDE HIERBIJ: :*
*1. op de hoogte te zijn van de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden VIB 2000.04 waaronder de verzekering wordt afgesloten; deze te hebben gelezen, te hebben begrepen en te accepteren; (…)"*

2.4. Van toepassing zijn de Verzekeringsvoorwaarden Voorziening Inkomens Bescherming VIB 2000.04 (hierna: de Voorwaarden).

2.5. In artikel 3.2.1 van de Voorwaarden is onder andere het volgende opgenomen:
*"**3.2.1 Uitsluitingen bij arbeidsongeschiktheid***
*Geen uitkering wordt verleend in geval van arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van:*
*(…)*
*e. psychische aandoeningen waaronder, maar niet beperkt tot, depressie, overspanning en stress, of*
*(…)*
*g. aandoeningen van de wervelkolom en/of bijbehorende banden en spieren (…)"*

2.6. Op 11 oktober 2010 is Consument betrokken geraakt bij een auto-ongeval (een aanrijding). Vanaf januari 2011 is Consument minder gaan werken door de klachten die zijn veroorzaakt door het ongeval.

2.7. Aangeslotene heeft op 20 september 2012 het aangifteformulier arbeidsongeschiktheid d.d. 13 september 2012 van Consument ontvangen. Naar aanleiding van deze aangifte is nadere informatie opgevraagd bij Consument en zijn huisarts. De informatie van de huisarts heeft Aangeslotene in oktober 2012 ontvangen en die van Consument in november 2012. Op grond van de ontvangen (medische) gegevens is door de medische afdeling van Aangeslotene geconcludeerd dat de arbeidsongeschiktheid is veroorzaakt door twee soorten klachten, namelijk psychische klachten en nekklachten ten gevolge van een aanrijding. Bij brief van 12 november 2012 heeft Aangeslotene de claim afgewezen, omdat de klachten vallen onder de uitsluitingsgronden genoemd in artikel 3.21 onder e en g van de Voorwaarden.

2.8. Op 31 mei 2013 is Consument wederom betrokken geweest bij een auto-ongeval waardoor zijn klachten zijn verergerd. Consument heeft vervolgens (opnieuw) een aangifteformulier van arbeidsongeschiktheid opgestuurd, welk formulier Aangeslotene op 12 juni 2013 heeft ontvangen. Aangeslotene heeft om nadere informatie verzocht, die zij op 31 oktober 2013 heeft ontvangen. Bij brief van 19 november 2013 heeft Aangeslotene deze (nieuwe) claim afgewezen. In deze afwijzingsbrief van Aangeslotene staat onder andere het volgende:

*"(…) Uit de stukken blijkt inderdaad dat u op 11 oktober 2010 bent aangereden en vanaf januari 2011 bent u minder gaan werken door klachten die zijn veroorzaakt door het ongeval. Wij hebben deze claim afgewezen op grond van de toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden, uw klachten zijn helaas uitgesloten van dekking. Vervolgens geeft u aan dat u opnieuw bent aangereden op 31 mei 2013. Uw klachten zijn hierdoor verslechterd en uitgebreid. Het gaat in dit geval echter nog steeds om dezelfde soort klachten. (…)"*

2.1. Hierna ontstond een geschil tussen Consument en Aangeslotene dat heeft geleid tot een procedure bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Daarbij is advies ingewonnen van de medisch adviseur van Kifid (rapportage van 9 oktober 2014). De Ombudsman heeft de klacht van Consument op 14 december 2014 ongegrond verklaard.

## 3. De vordering en grondslagen

3.1. Consument vordert dat Aangeslotene alsnog dekking verleent voor zijn schadeclaim in verband met arbeidsongeschiktheid vanaf 11 oktober 2010 en/of vanaf 31 mei 2013.

3.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:

- Bij het afsluiten van de verzekering is niets besproken en bij de aanvraag zijn de Voorwaarden niet verstrekt. Pas in de brief van 3 april 2006 wordt er voor het eerst een verwijzing gemaakt naar de Voorwaarden. Aangeslotene mag zich derhalve niet beroepen op de Voorwaarden en dient vanaf oktober 2010 tot uitkering over te gaan.
- Voor zover de Voorwaarden wel van toepassing zijn, voert Consument aan dat DSB hem altijd het beeld heeft voorgehouden dat bij arbeidsongeschiktheid altijd een uitkering zou volgen. Er is een verwachtingspatroon geschapen waar Consument rechten aan kan ontlenen. Op basis van dat vertrouwen heeft Consument zijn handtekening gezet op pagina 4 van het aanvraagformulier.
- Voorts heeft Aangeslotene onzorgvuldig gehandeld door de medische klachten van Consument niet (voldoende) te onderzoeken, maar ongemotiveerd te stellen dat de klachten vallen onder een uitsluitingsgrond(en). Aangeslotene had dit echter direct adequaat moeten oppakken door de claim serieus te bekijken en nader onderzoek te doen.

3.3. Op de stellingen die Aangeslotene tot verweer heeft opgeworpen, wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

## 4. Beoordeling

4.1. De klacht van Consument ziet enerzijds op de vraag of de Voorwaarden van toepassing zijn en, zo ja, of Aangeslotene zich op de in de Voorwaarden genoemde uitsluitingsgronden heeft kunnen beroepen.

4.2. Allereerst is de Commissie van oordeel dat in het onderhavige geval de Voorwaarden, anders dan Consument stelt, wel van toepassing zijn. Met het ondertekenen van het aanvraagformulier van de verzekering heeft Consument verklaard met de Voorwaarden bekend te zijn. Daarnaast is tijdens de hoorzitting op 26 oktober 2015 door Aangeslotene aangevoerd dat het acceptatieproces pas in 2006 was afgerond en de verzekering pas op dat moment tot stand is gekomen.

Aangeslotene heeft dat vervolgens bij brief van 3 april 2006 aan Consument bevestigd waarbij de polis en de Voorwaarden zijn verstrekt. Consument had op dat moment nog het (wettelijk) recht om de verzekering binnen 14 dagen op te zeggen, maar heeft daarvan geen gebruik gemaakt. Daar komt bij dat, gelet op het beroep van Consument, te weten advocaat, van hem verwacht mocht worden dat hij begrijpt dat op een verzekeringsovereenkomst (algemene) voorwaarden van toepassing zijn. Indien hij daarvan, al dan niet al bij de aanvraag, niet of niet voldoende op de hoogte was, lag het op zijn weg om daarover navraag te doen bij Aangeslotene. Wat betreft de opmerking van Consument, dat hij van zijn adviseur destijds te horen heeft gekregen goed verzekerd te zijn en dat hij bij arbeidsongeschiktheid altijd een uitkering zou krijgen, merkt Aangeslotene terecht op dat zij daarvoor niet kan worden aangesproken, omdat Aangeslotene niet bij het adviseringstraject betrokken is geweest.

4.3. Nu Consument genoegzaam bekend was, dan wel bekend had kunnen zijn met de toepasselijke Voorwaarden, kan Aangeslotene zich beroepen op de in deze Voorwaarden opgenomen uitsluitingsgronden. De Commissie is van oordeel dat Aangeslotene de beide claims van Consument voldoende zorgvuldig heeft behandeld. Na ontvangst van de (eerste) claim van 20 september 2012 heeft Aangeslotene (aanvullende) informatie opgevraagd bij Consument en zijn huisarts. Het is aannemelijk geworden dat Aangeslotene op basis van de aan haar verstrekte (medische) gegevens vast heeft kunnen stellen dat de arbeidsongeschiktheid van Consument is veroorzaakt door twee soorten klachten, te weten psychische klachten en nekklachten. Consument heeft ook geen andere (medische) gegevens overgelegd op grond waarvan hetgeen Aangeslotene heeft vastgesteld in twijfel getrokken kan worden. Voornoemde klachten zijn op grond van artikel 3.2.1 onder e en 3.2.1. onder g van de Voorwaarden uitgesloten van dekking.

4.4. Ook na de (tweede) claim van 12 juni 2013 heeft Aangeslotene om nadere informatie verzocht die zij ook heeft verkregen. Hoewel aannemelijk is dat de klachten door de tweede aanrijding (van 31 mei 2013) zijn verergerd, is niet aannemelijk geworden dat het om andersoortige klachten gaat. Aangeslotene heeft zich dan ook op het standpunt kunnen stellen dat deze (verergerde) klachten nog steeds uitgesloten waren van dekking.

4.5. De conclusie is dat niet aannemelijk is geworden dat Aangeslotene jegens Consument tekort is geschoten op grond waarvan zij gehouden zou zijn Consument een uitkering te verstrekken vanaf 11 oktober 2010 dan wel vanaf 31 mei 2013. De Commissie wijst de vordering(en) van Consument daarom af.

## 5. Beslissing

De Commissie wijst, als niet-bindend advies, de vordering(en) af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van 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 https://www.kifid.nl/consumenten/klacht-voor-1-oktober-2014-bij-kifid-ingediend.

KiFiD

HET FINANCIËLE KLACHTENINSTITUUT