**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-800**
**(mr. dr. K. Engel, voorzitter en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

| | |
|---|---|
| Klacht ontvangen op | : 23 januari 2020 |
| Ingediend door | : Consument |
| Tegen | : Goudse Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Gouda verder te noemen Verzekeraar |
| Datum uitspraak | : 2 oktober 2020 |
| Aard uitspraak | : Bindend advies |

## Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument beschikte over een arbeidsongeschiktheids-verzekering bij een andere verzekeraar. Die arbeidsongeschiktheidsverzekering naderde de einddatum. Daarom vroeg Consument bij Verzekeraar een nieuwe arbeidsongeschiktheids-verzekering aan. Consument heeft vervolgens, tijdens de bij Verzekeraar lopende acceptatie-procedure, een beroerte gekregen. De nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering werd desondanks gesloten, omdat Consument meer arbeidsongeschikt zou kunnen worden. De andere verzekeraar heeft tot de einddatum uitkeringen verstrekt in verband met de beroerte. Verzekeraar is vervolgens coulancehalve doorgegaan met uitkeren. Volgens Consument is van coulancehalve geen sprake en is Verzekeraar contractueel verplicht om uit te keren (niet slechts vanaf de einddatum van de andere verzekering, maar ook over een eerdere periode) en om premierestitutie te verlenen. Volgens Consument valt de beroerte onder de verzekeringsdekking. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar Consument mag houden aan de ingangsdatum 20 september 2017. De beroerte valt hierdoor niet onder de verzekeringsdekking. De vorderingen van Consument worden afgewezen.

## 1. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument op 12 maart 2020 nagezonden stukken;
- de door Verzekeraar op 12 maart 2020 ingezonden stukken;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de door Verzekeraar op 29 april 2020 nagezonden stukken;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de op 10 juli 2020 door Verzekeraar nagezonden stukken;

- de na de zitting van 13 juli 2020 door Consument ingezonden stukken;
- de reactie daarop van Verzekeraar.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 13 juli 2020 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument, geboren op [datum] 1959, van beroep exploitant van een reclamebureau, heeft in 2017 via zijn verzekeringsadviseur bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. Hij had op dat moment al een arbeidsongeschiktheidsverzekering lopen (hierna: de eerste verzekering) bij een andere verzekeraar. Deze eerste verzekering had 1 maart 2019 als einddatum (eindleeftijd 60 jaar). Consument wilde een arbeidsongeschiktheids-verzekering met eindleeftijd 67 jaar (zijn nieuwe pensioenleeftijd). Verzekeraar heeft na ontvangst van de aanvraag telefonisch de gezondheidsvragen met Consument doorgenomen en in een formulier vastgelegd. Consument heeft dit formulier op 28 juni 2017 voor akkoord getekend.

2.2 De nieuwe verzekering, de Ondernemers-AOV (hierna: de nieuwe verzekering), heeft, zo staat op het polisblad, 20 september 2017 als ingangsdatum en heeft als einddatum 1 maart 2026. Het gaat om een sommenverzekering. Het verzekerd bedrag is € 35.000,-. De eigen risico-termijn is 90 dagen. Op de verzekering is een clausule "Premievrijstelling bij Arbeidsongeschiktheid" van toepassing. Deze clausule bepaalt dat als de verzekerde na 52 weken nog steeds arbeidsongeschikt is, hij vanaf dat moment voor het gedeelte dat hij arbeidsongeschikt is, geen premie meer hoeft te betalen. De clausule houdt voorts in dat van premievrijstelling slechts sprake kan zijn als de verzekerde uitkeringen ontvangt van Verzekeraar. Er zijn geen dekkingsbeperkende, medische clausules van toepassing verklaard.

2.3 Op de verzekering zijn van toepassing de Algemene Voorwaarden Versie 2.0 en de Aanvullende Voorwaarden Ondernemers-AOV Versie Prive 3.0. Artikel 2.2.1 van de Algemene voorwaarden bepaalt het volgende:

"**2.2 Wanneer begint uw pakket?**

*2.2.1 Ingangsdatum*
*De dekking voor het pakket, voor een verzekering of een wijziging van een verzekering begint op de datum die op het polisblad staat.*

*De dekking begint nooit eerder dan het tijdstip waarop wij uw aanvraag hebben ontvangen.*"

2.4 Artikel 1.1 van de Aanvullende Voorwaarden bepaalt het volgende:

"***1.1 Wat is verzekerd?***
*Wij keren een periodieke uitkering uit bij arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. Deze arbeidsongeschiktheid moet ontstaan zijn tijdens de periode waarin deze verzekering dekking biedt.*"

2.5 In de stukken die partijen bij het Kifid hebben ingediend, bevinden zich ook de 'Voorwaarden voorlopige dekking Versie 1.0'. Hierin staat het volgende:

"**Wat is verzekerd?**
*De voorlopige dekking biedt dekking voor arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een ongeval. De dekking wordt afgegeven ter overbrugging van de acceptatieperiode. Het begrip ongeval is omschreven in de begrippenlijst van de Aanvullende Voorwaarden Ondernemers-AOV.*"

2.6 Het begrip ongeval is in de Aanvullende Voorwaarden als volgt gedefinieerd:

"*Onder ongeval verstaan wij een plotseling en onverwacht geweld dat van buiten op het lichaam van de verzekerde inwerkt. Door dit geweld moet de verzekerde rechtstreeks en in één ogenblik lichamelijk letsel hebben opgelopen. Dit letsel moet medisch zijn vast te stellen.*"

2.7 Op 18/19 september 2017 heeft Consument een beroerte gehad. Onder de eerste verzekering zijn uitkeringen verstrekt totdat Consument de eindleeftijd had bereikt. De uitkeringen waren gebaseerd op 75% arbeidsongeschiktheid. Consument heeft bij Verzekeraar een claim ingediend en aanspraak gemaakt op uitkering onder de bij Verzekeraar lopende nieuwe verzekering. Verzekeraar heeft deze claim afgewezen. Hij heeft zich daarbij op het standpunt gesteld dat de nieuwe verzekering geen dekking biedt, omdat de arbeidsongeschiktheid van Consument vóór de ingangsdatum van de verzekering is ontstaan.

2.8 Nadat tegen dit standpunt bezwaar is aangetekend, heeft Verzekeraar besloten uit coulance vanaf april 2019 (in aansluiting op de inmiddels beëindigde uitkering onder de eerste verzekering) tot uitkering over te gaan en premievrijstelling toe te kennen.

## 3. Vordering, klacht en verweer

*Vordering Consument*

3.1 Consument vordert uitkering onder de nieuwe verzekering vanaf 19 september 2017 alsmede premierestitutie vanaf diezelfde datum.

*Grondslagen en argumenten daarvoor*

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

- Consument was op het moment dat hij arbeidsongeschikt raakte al medisch geaccepteerd.
- Hij had voorlopige dekking.
- Hij heeft Verzekeraar en de adviseur meteen na zijn beroerte geïnformeerd.
- Verzekeraar heeft de nieuwe verzekering pas in laten gaan op 20 september 2017, terwijl de polis al vóór die tijd klaar lag. Alle medische rapporten waren toen al binnen, alle seinen stonden op groen, niets stond nog aan acceptatie in de weg. Consument was gekeurd en goedgekeurd. De adviseur van Consument heeft herhaaldelijk gevraagd waar de polis bleef.
- De hele gang van zaken ruikt naar willekeur en vooropgezette redenen om er onderuit te komen.
- Verzekeraar heeft zich erop beroepen dat er vóór 20 september 2017 nog geen overeenstemming was over de hoogte van het te verzekeren bedrag. Dit was echter maar een klein onderdeel van het traject en zeker geen 'struikelblok'.
- Verzekeraar heeft zich in zijn correspondentie beroepen op het 'indemniteitsbeginsel'. Het is dan aan Verzekeraar om met objectiveerbare, verifieerbare gegevens aan te tonen dat Consument in een duidelijker voordeliger positie is geraakt. Verzekeraar is hierin niet geslaagd. Consument is niet in een voordeliger positie gekomen daar hij tot 1 april 2019 premie heeft betaald en omdat hij een eigen zaak heeft waarvoor hij extra personeel heeft moeten inhuren en desondanks veel inkomsten is misgelopen.
- Verzekeraar zegt 'uit coulance' te hebben uitgekeerd. Hij heeft dit alleen maar gedaan omdat hij wist dat hij niet sterk stond.
- Als Consument alles van tevoren had geweten, had hij de verzekering pas in maart 2019 in laten gaan.

*Verweer Verzekeraar*

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

- Consument was op het moment dat hij arbeidsongeschikt raakte nog niet medisch geaccepteerd.

Hij was al wel medisch gekeurd. Het keuringsrapport van 8 september 2017 heeft Verzekeraar op vrijdag 15 september 2017 ontvangen en op maandag 18 september 2017 aan zijn medisch adviseur voorgelegd. Deze heeft het rapport op dinsdag 19 september 2017 beoordeeld waarna hij op woensdag 20 september 2017 zijn advies (akkoord) aan het verzekeringstechnisch team heeft uitgebracht. Het verzekerings-technische traject was toen nog niet afgerond. Op 20 september 2017 heeft de acceptatieafdeling van Verzekeraar de adviseur van Consument nog een rappel gestuurd omdat de adviseur nog niet had gereageerd op de vraag of Consument kon instemmen met een lager verzekerd bedrag dan was aangevraagd. Op 28 september 2017 is voor het eerst contact geweest met de adviseur. Daarbij heeft de adviseur melding gemaakt van de door Consument doorgemaakte beroerte. Over het te verzekeren bedrag is toen overeenstemming bereikt. De verzekeringsovereenkomst is dus pas op 28 september 2017 tot stand gekomen. Als ingangsdatum is 20 september 2017 aangehouden omdat de acceptatieafdeling op die datum het akkoord van de medisch adviseur heeft ontvangen. De arbeidsongeschiktheid van Consument als gevolg van de beroerte is dus vóór de ingangsdatum van de verzekering ingetreden.

- Verzekeraar heeft van aanvang af duidelijk gemaakt dat de arbeidsongeschiktheid van Consument niet is gedekt, ook niet na afloop van de eerste verzekering. In overleg met de adviseur is evenwel besloten de verzekering voort te zetten omdat Consument ook als gevolg van andere aandoeningen dan de beroerte (méér) arbeidsongeschikt zou kunnen worden. De aanvraag is geaccepteerd zonder dekking voor de arbeids-ongeschiktheid als gevolg van de beroerte. Dit is ook zo aan de adviseur meegedeeld. Verzekeraar heeft dus van het begin af aan risico gelopen en Consument was bereid daarvoor premie te betalen. Verzekeraar ziet geen aanleiding de tot aan de datum van uitkering betaalde premie te restitueren. Tot het verstrekken van uitkering is coulancehalve besloten.
- Bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen wordt alleen een voorlopige ongevallen-dekking afgegeven. De verzekering biedt wel inloopdekking (dekking bij arbeids-ongeschiktheid die is ontstaan vóór de ingangsdatum van de verzekering), maar die gaat pas in op de datum dat de aanvraag is geaccepteerd. De acceptatie van de aanvraag dateert van na de beroerte en dus heeft Consument geen inloopdekking.

## 4. Beoordeling

4.1 Aan de orde zijn de vragen of Consument, die arbeidsongeschikt is geraakt vóór de ingangsdatum van de nieuwe verzekering, recht heeft op uitkering onder deze verzekering en of hij recht heeft op premierestitutie, voor beide vorderingen over de periode van 20 september 2017 (de ingangsdatum van de nieuwe verzekering) tot april 2019 (de maand waarin Verzekeraar coulancehalve uitkeringen is gaan verstrekken aan Consument).

De Commissie beantwoordt deze vragen ontkennend en overweegt dienaangaande het volgende.

*Over de door Consument gevorderde uitkeringen*

4.2 De Commissie stelt voorop dat verzekeringen, net als andere overeenkomsten, tot stand komen op het moment dat aanbod en aanvaarding samenkomen (art. 6:217 lid 1 BW). De Commissie neemt bovendien aan dat een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar in veel gevallen (mede) op basis van het acceptatieadvies van zijn medisch adviseur bepaalt of hij een verzekering wenst aan te bieden en, zo ja, onder welke voorwaarden.

4.3 In de onderhavige zaak heeft het Verzekeraar op woensdag 20 september 2017 het acceptatieadvies van zijn medisch adviseur (digitaal) ontvangen. Verzekeraar heeft hiervan een schermprint overgelegd. Hiermee was echter het verzekeringstechnische traject – dat wil zeggen het acceptatieproces dat bij Verzekeraar intern moet worden doorlopen – nog niet rond. Met name was op 20 september 2017 nog geen overeenstemming bereikt, tussen Verzekeraar en Consument, over de hoogte van het verzekerde bedrag. Dit was pas het geval op 28 september 2017. Op die datum hebben Verzekeraar en de adviseur van Consument contact gehad over het verzekerde bedrag en daarover wilsovereenstemming bereikt.

4.4 Gezien tussen partijen niet in geding is dat zij het op 28 september 2017 eens waren over de overige aspecten van de verzekeringsovereenkomst zoals de hoogte van de premie en de (duur van de) eigen risico-termijn, is op die dag de verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen. Bij die gelegenheid is door de adviseur van Consument ook melding gemaakt van de door Consument op 18/19 september 2017 doorgemaakte beroerte. Verzekeraar heeft de nieuwe verzekering in laten gaan op 20 september 2017, dus met terugwerkende kracht, de datum waarop de acceptatieafdeling het advies van de medisch adviseur heeft ontvangen.

4.5 De Commissie vindt in de stukken die partijen bij het Geschillencommissie hebben ingediend, geen grond voor het oordeel dat Verzekeraar getreuzeld heeft in het kader van de totstandkoming van de nieuwe verzekering. Evenmin ziet de Commissie aanleiding om aan te nemen dat Verzekeraar reeds vóór 28 september 2017 op de hoogte was van de beroerte van Consument.

4.6 Het voorgaande betekent dat Verzekeraar Consument mag houden aan de ingangsdatum van 20 september 2017. Nu de beroerte van Consument vóór deze datum heeft plaatsgevonden, valt de arbeidsongeschiktheid die hiervan het gevolg is, niet onder de nieuwe verzekering. Dit zou anders kunnen zijn als Consument en Verzekeraar voorlopige dekking waren overeengekomen. Zij zijn dat echter in deze zaak slechts overeengekomen voor arbeids-ongeschiktheid veroorzaakt door *een ongeval* (randnummer 2.5 hiervoor).

Een beroerte is geen ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden, nu een beroerte niet kan worden aangemerkt als een geweld dat van buiten op het lichaam van de verzekerde inwerkt (zie randnummer 2.6 hiervoor).

4.7 Het bovenstaande brengt mee dat Verzekeraar niet verplicht is om aan Consument uitkeringen te verstrekken over de periode van 20 september 2017 (de ingangsdatum van de nieuwe verzekering) tot april 2019.

*Over de door Consument gevorderde premierestitutie*

4.8 Ten aanzien van de door Consument gevorderde premierestitutie oordeelt de Commissie als volgt. Verzekeraar heeft de nieuwe verzekering, ondanks de beroerte, in overleg met de adviseur van Consument toch in laten gaan, omdat Consument méér arbeidsongeschikt zou kunnen raken door andere aandoeningen. Hieruit volgt dat Verzekeraar vanaf de ingangsdatum van de nieuwe verzekering risico heeft gelopen; het risico dat hij voor een andere aandoening dan de beroerte uitkeringen zou moeten verzekeren. Daarom heeft Consument geen recht op premierestitutie.

4.9 Uit de verzekeringsvoorwaarden volgt niet iets anders. De clausule "Premievrijstelling bij Arbeidsongeschiktheid" (randnummer 2.2 hiervoor) houdt in dat de verzekerde recht heeft op premievrijstelling, "zolang u van ons een uitkering ontvangt". Nu Verzekeraar niet gehouden is om aan Consument uitkeringen te verstrekken over de periode van 20 september 2017 tot april 2019, hoeft Verzekeraar over die periode ook geen premierestitutie te verlenen.

*Slotsom*

4.10 De slotsom is dat Verzekeraar niet tekortgeschoten is in de nakoming van zijn verbintenissen uit de nieuwe verzekering. De vorderingen van Consument worden daarom afgewezen.

4.11 De Commissie merkt nog op dat de verzekering inderdaad, zoals Consument stelt, een sommenverzekering is, en dat het indemniteitsbeginsel dan in beginsel toepassing mist. Dit betekent echter niet dat Verzekeraar alsnog uitkeringen dient te verstrekken over de periode waarin onder de eerste verzekering is uitgekeerd. De nieuwe verzekering biedt immers geen dekking voor de arbeidsongeschiktheid als gevolg van de beroerte.

## 5. Beslissing

De Commissie wijst de vorderingen 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.*