Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-1036
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. E.C. Ruinaard, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 24 mei 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: ASR Schadeverzekering N.V. h.o.d.n. De Amersfoortse Verzekeringen, gevestigd te Utrecht, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 12 december 2019
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument vordert een (voorschot op de) uitkering. De onderzoeken naar het recht op uitkering lopen nog en daarom kan niet geoordeeld worden of de claim rechtmatig is en Verzekeraar een voorschot op de uitkering moet betalen. De vordering is te vroeg ingediend en de Commissie wijst deze daarom af.

1. Procesverloop

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

- het door Consument digitaal ingediende klachtformulier met de namens haar ingediende klachtbrief;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de namens Consument ingediende repliek;
- de aanvulling daarop;
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

De Commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak zal daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Met ingang van 1 januari 2014 heeft Consument bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheids-verzekering. Het verzekerde beroep is winkelier damesmode. Voor Rubriek A geldt een eigen risicotermijn van 90 dagen en een verzekerd bedrag; € 31.787,00. Voor Rubriek B geldt geen eigen risicotermijn en een verzekerd bedrag van eveneens € 31.787,00. De toepasselijke *Polisvoorwaarden – model 184* bepalen – voor zover relevant – het volgende:

'***1.8 Arbeidsongeschiktheid***
Als wij in deze voorwaarden arbeidsongeschiktheid noemen, dan bedoelen wij daar het volgende mee.
- *Er is sprake van ziekte of ongeval;*
- *In relatie tot de ziekte of het ongeval bestaan er stoornissen;*
- *Deze stoornissen zijn door een arts objectief vastgesteld;*
- *Deze stoornissen zijn algemeen erkend door de medische wetenschap;*
- *Deze stoornissen beperken de verzekerde in zijn of haar functioneren;*
- *Door deze functiebeperkingen is de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt om zijn of haar werkzaamheden uit te voeren. (…)*

4 Omschrijving van de dekking

4.1 Wanneer bestaat recht op een uitkering?
Als de verzekerde ten minste 25% arbeidsongeschikt is krijgt u van ons een uitkering. Er moet dan wel verder aan deze polisvoorwaarden zijn voldaan. De verzekerde moet na de ingangsdatum van de verzekering arbeidsongeschikt geworden zijn. De uitkering begint als het eigen risico voorbij is.'

2.2 Op 2 maart 2016 heeft Consument zich bij Verzekeraar met ingang van 8 februari 2016 arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische- en longklachten. Nadien kwamen hier ook gewrichtsklachten bij. Verzekeraar heeft op basis van het medisch onderzoek, medische informatie en arbeidsdeskundige onderzoeken aangenomen dat vanaf 15 februari 2016 sprake was van 80-100% arbeidsongeschiktheid. Verzekeraar heeft met inachtneming van de eigen risicotermijn 100% uitgekeerd.

2.3 Op 19 april 2016 heeft Consument haar zaak verkocht. Verzekeraar heeft Consument met een brief van 24 juni 2016 geïnformeerd dat hierdoor geen sprake meer is van een verzekerbaar belang en hij heeft haar in overweging gegeven de verzekering te beëindigen. Verzekeraar is blijven uitkeren naar een mate van 80-100% arbeidsongeschiktheid.

2.4 Op verzoek van Verzekeraar is op 15 september 2017 een verzekeringsgeneeskundig onderzoek verricht. Op basis van de vastgestelde beperkingen heeft de medisch adviseur op 23 november 2017 een beperkingenformulier opgesteld. Vervolgens heeft op 10 januari 2018 een arbeidsdeskundig onderzoek plaatsgevonden.

De conclusie van de arbeidsdeskundige luidde dat de gestelde medisch objectiveerbare beperkingen tot minder dan 25% arbeidsongeschiktheid leiden. Verzekeraar heeft tot 25 februari 2018 een uitkering van 100% verstrekt. Daarna heeft Verzekeraar Consument nog ondersteund in het revalidatietraject door van 25 februari 2018 tot en met 25 juni 2018 een uitkering van 25% te verstrekken.

2.5 Op verzoek van Consument is de verzekering op 25 februari 2018 beëindigd.

2.6 Bij brief van 20 juni 2018 heeft de vertegenwoordiger van Consument, (hierna 'de Advocaat') bezwaar gemaakt tegen het door Verzekeraar ingenomen standpunt dat Consument geen recht meer heeft op uitkering en heeft onder meer gevorderd dat Verzekeraar met terugwerkende kracht vanaf 25 februari 2018 een uitkering verstrekt op grond van 80-100% arbeidsongeschiktheid.

2.7 In zijn brief van 24 juli 2018 heeft Verzekeraar de Advocaat geïnformeerd dat hij bij zijn standpunt bleef. Verzekeraar was evenwel bereid om op gezamenlijk verzoek nieuwe onderzoeken naar de mate van arbeidsongeschiktheid op 25 februari 2018 uit te laten voeren, waaronder een expertise van een longarts.

2.8 Na die expertise heeft de Advocaat een (voorschot op de) uitkering van Verzekeraar gevorderd. Daarbij stelde zij dat het verzekeringsgeneeskundigonderzoek van 15 september 2017 was komen te vervallen en daarmee ook de grondslag voor het standpunt van Verzekeraar. De Advocaat verwees daarbij naar artikel 2.4 van het Protocol bij claims op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (hierna 'het Protocol'). Dat artikel luidt – voor zover relevant - als volgt:

'*Standpuntbepaling door de verzekeraar.*
De verzekeraar informeert de verzekerde binnen twee weken na ontvangst van het resultaat van het onderzoek/de actie wat haar standpunt is. Is standpuntbepaling binnen twee weken niet mogelijk, dan informeert de verzekeraar direct na ontvangst van het resultaat van de actie de verzekerde hierover en geeft daarbij aan binnen welke (redelijke) termijn een standpunt ingenomen zal worden. Bij het bekend maken van het standpunt biedt de verzekeraar de verzekerde uitdrukkelijk de mogelijkheid het resultaat van de actie op te vragen, en wijst daarbij op de mogelijkheden om bezwaar aan te tekenen.

Kan op basis van het ontvangen resultaat nog geen definitief standpunt worden ingenomen, dan informeert de verzekeraar de verzekerde gemotiveerd en in heldere bewoordingen waarom een definitief standpunt nog niet mogelijk is. De verzekeraar geeft daarbij aan welke vervolgactie nodig is en wat de gevolgen zijn voor de uitkering. Alleen als de rechtmatigheid van de claim betwist wordt kan een uitkering aangehouden worden.

Anders zal de verzekeraar op zijn minst op basis van een voorschot uitkering moeten verstrekken. Geeft de verzekeraar niet uitdrukkelijk aan dat het om een voorschotuitkering gaat, dan vindt de uitkering plaats alsof er een definitief standpunt van de verzekeraar is. De verzekeraar biedt de verzekerde daarbij uitdrukkelijk de mogelijkheid het resultaat van de actie op te vragen, en wijst daarbij op de mogelijkheden om bezwaar aan te tekenen.'

2.9 Bij e-mailbericht van 25 april 2019 heeft Verzekeraar de Advocaat medegedeeld dat hij op basis van de longexpertise niet bereid was om de uitkering (met terugwerkende kracht) te hervatten. Volgens de gebruikelijk te volgen zogeheten drietrapsraket moet ter beoordeling van (de mate van) arbeidsongeschiktheid per 25 februari 2018 na het medisch onderzoek, een verzekeringsgeneeskundig en vervolgens een arbeidsdeskundig onderzoek plaatsvinden. Verzekeraar heeft daarbij verwezen naar een brief van de Advocaat van 20 juni 2018 waarin ook zij stelt dat de drietrapsraket gebruikelijk is.

2.10 Met een brief van de Advocaat van 29 april 2019 heeft Consument bij Verzekeraar geklaagd dat die geen (voorschot op de) uitkering betaalde. De Advocaat stelde namens Consument dat bij het verzekeringsgeneeskundigonderzoek van 15 september 2017 een diagnose is gemist, althans een verkeerde diagnose is gesteld, en dat de rechtmatigheid van de claim niet ter discussie staat. Zij heeft Verzekeraar nogmaals gewezen op artikel 2.4 van het Protocol.

2.11 Bij brief van 20 mei 2019 heeft Verzekeraar de Advocaat geïnformeerd dat hij de brief van de Advocaat van 29 april 2019 aan de medisch adviseur had voorgelegd. De medisch adviseur concludeerde dat geen diagnose was gemist of verkeerde diagnose was gesteld. Verzekeraar heeft ook meegedeeld dat de stelling van de Advocaat, dat de rechtmatigheid van de uitkering niet ter discussie staat, onjuist is. Verzekeraar handhaafde zijn ingenomen standpunt voorlopig en zag geen reden een (voorschot) op de uitkering te verstrekken.

2.12 Met die reactie heeft Consument zich niet kunnen verenigen en daarom heeft zij een klacht bij Kifid ingediend.

2.13 De gestarte onderzoeken naar de mate van arbeidsongeschiktheid zijn nog niet afgerond.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert dat Verzekeraar met terugwerkende kracht vanaf 25 februari 2018 een uitkering, althans een voorschot daarop betaalt.

Grondslagen en argumenten daarvoor

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

- Partijen verschillen van mening over de vraag of sprake is van minder dan 25% arbeidsongeschiktheid of 80-100% arbeidsongeschiktheid. Consument heeft de stellingen van Verzekeraar dat Consument minder dan 25% arbeidsongeschikt is gemotiveerd en onderbouwd betwist. Partijen zijn daardoor 'terug bij af'. Verzekeraar heeft daarom terecht besloten om de drietrapsraket alsnog te doorlopen. Er is sprake van een vervolgactie. Daarnaast wordt de rechtmatigheid van de claim niet betwist, althans Verzekeraar kan de claim in redelijkheid niet (meer) betwisten vanwege het feit dat de rechtmatigheid van de claim vanaf 8 februari 2016 onbetwist is. Vastgesteld is dat Consument vanaf 8 februari 2016 80-100% arbeidsongeschikt is. Van een verbetering van de gezondheid van Consument is niet gebleken. Integendeel, er is een ernstige diagnose, COPD Gold II, bijgekomen. Verzekeraar dient op grond van artikel 2.4 van het Protocol bij claims op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen op zijn minst een voorschot op de uitkering te verstrekken. Dit is alleen anders als de rechtmatigheid van de claim wordt betwist. Verzekeraar betwist de rechtmatigheid van de claim niet. Volgens het Protocol is het onverenigbaar dat Verzekeraar vooruitloopt op de uitkomst van de drietrapsraket.
- Doel en strekking van de arbeidsongeschiktheidsverzekering is om de verzekerde bij ziekte te 'ontzorgen' door een uitkering te betalen waarmee kan worden voorzien in de kosten van levensonderhoud. Sinds de staking van de uitkering heeft Consument geen inkomen, door ziekte kan zij immers niet werken. Verzekeraar doet het tegenovergestelde wat Consument van hem mag verwachten. Verzekeraar handelt daarom niet als een redelijk handelend verzekeraar.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

4.1 De vraag is of Verzekeraar gehouden is met terugwerkende vanaf 25 februari 2018 (een voorschot op) een uitkering onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering te verstrekken. De Commissie beantwoordt die vraag ontkennend en overweegt hiertoe als volgt.

4.2 Op grond van artikel 4 lid 1 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bestaat recht op uitkering als de verzekerde volgens de voorwaarden minimaal 25% arbeidsongeschikt is.

Dit betekent dat de claim van Consument op de arbeidsongeschiktheidsverzekering alleen dan rechtmatig is, als vaststaat dat Consument ten minste 25% arbeidsongeschikt is. Of Consument vanaf 25 februari 2018 recht heeft op uitkering wordt nog onderzocht. De geldigheid van de claim staat vanwege de lopende onderzoeken (nog) niet vast, zodat de Commissie hierover niet kan oordelen.

4.3 Verzekeraar heeft de rechtmatigheid van de claim per 25 februari 2018 betwist. Dat blijkt uit de brief van Verzekeraar van 20 mei 2019. Daarom heeft Consument op grond van artikel 2.4 van het Protocol geen recht op een voorschot op de uitkering. Dat Consument voorheen wel recht had op een uitkering doet hier niet aan af. Consument moet de uitkomsten van de lopende onderzoeken afwachten.

4.4 Het hiervoor overwogene leidt tot de conclusie dat niet is gebleken dat Verzekeraar niet in redelijkheid handelt. De vordering van Consument zal worden afgewezen.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van 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.

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.