Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-20 d.d. 9 januari 2014
(mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden en mr. F.E. Uijleman, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft in 2008 en 2009 een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Per 11 maart 2010 heeft consument zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens heupklachten. De verzekeraar heeft de claim afgewezen. De commissie oordeelt dat de rug- en heupklachten ten tijde van het aangaan van de verzekeringen weliswaar al een aantal jaren bestonden, maar dat consument er desondanks geen verwijt van kan worden gemaakt dat zij van die klachten aan de verzekeraar geen mededeling heeft gedaan. De commissie overweegt daartoe dat consument de in de verklaringen opgenomen aanduiding "momenteel" zo heeft mogen opvatten dat de verzekeraar daarmee uitsluitend informeerde naar haar actuele gezondheidstoestand. Verder oordeelt de commissie dat de verzekeraar zich terecht op het standpunt heeft kunnen stellen dat op grond van artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden geen recht op uitkering bestaat omdat de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van klachten die al voor de ingangsdatum van de verzekering bestonden. De commissie wijst de vordering af.

Consument,

tegen

Jubilee Europe B.V., gevestigd te Amsterdam, 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 klachtformulier Geschillencommissie;
- de brief met bijlagen van Consument van 10 oktober 2012;
- het verweerschrift met bijlagen van Aangeslotene van 27 december 2012;
- de repliek van Consument van 16 januari 2013;
- de dupliek met bijlage van Aangeslotene van 5 februari 2013.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.
Tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid.

Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.
Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 2 december 2013 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

3.1. Consument heeft in 2008 een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij Aangeslotene. Uit het polisblad volgt dat de verzekering op 12 november 2008 is ingegaan voor een periode van 5 jaar en dat de totale premie € 692,- is. Verder volgt uit het polisblad dat het verzekerd maandbedrag € 173,50 bedraagt.

3.2. In 2009 heeft Consument weer een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij Aangeslotene. Uit het polisblad van deze verzekering volgt dat de verzekering is ingegaan op 12 maart 2009 voor een periode van 10 jaar, dat de totale premie € 1.059,- is en het verzekerd maandbedrag € 90,-.
Op beide polisbladen staat nog het volgende:
"**Ondergetekende(n) verkla(a)r(t)(en):**
- de algemene voorwaarden KP 01/2007 te hebben ontvangen, hiervan kennis te hebben genomen en hiermee akkoord te gaan;
- momenteel een goede gezondheid te bezitten en niet jonger dan 18 jaar en niet ouder dan 65 jaar te zijn;
- momenteel geen aandoeningen te hebben die medische behandeling vereisen;
- akkoord te gaan met de mededelingsplicht zoals hieronder vermeld.
Mededelingsplicht:
Als verzekerde bent u verplicht de gestelde vragen en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. (…)Indien u niet of volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. (…)."

3.3. In de op de verzekeringen toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is, voor zover relevant, het volgende bepaald:
4. DEKKING BIJ ARBEIDSONGESCHIKTHEID
Begrip Arbeidsongeschiktheid
In het kader van deze verzekering is van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake indien bij de verzekerde na de ingang en voor de einddatum van deze verzekering in relatie tot ziekte of ongeval medisch vast te stellen stoornissen ontstaan waardoor de verzekerde beperkingen ondervindt in zijn functioneren in een arbeidssituatie.
(…)
Belangrijk
Recht op uitkering bestaat uitsluitend, indien de eerste verschijnselen van arbeidsongeschiktheid zich voordoen na de ingangsdatum van deze verzekering.
(…)
11. WAT IS NIET GEDEKT?
Arbeidsongeschiktheid/Ziekenhuisopname – er bestaat geen aanspraak op uitkering:
(…)

- in geval van letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was;

(…)"

3.4. In april 2010 heeft Consument zich bij Aangeslotene volledig arbeidsongeschikt gemeld wegens klachten aan haar linker heup. Op het schadeaangifteformulier heeft Consument bij "datum laatste werkdag" ingevuld "11-03-2010". Verder heeft Consument op de vraag "Op welke datum begon uw ziekte (…)?" geantwoord "14 nov 2009 -> gedeeltelijk ZW". Tot slot heeft zij bij de vraag "Op welke datum hebt u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?" ingevuld "18 nov 2009 nog in behandeling".

3.5. Aangeslotene heeft de claim van Consument vervolgens afgewezen. In haar brief van 17 december 2010 staat:
"Zoals in onze brief van 12 november jl. aangegeven, informeren wij u over de bevindingen van de medisch Adviseur.
De medisch adviseur heeft aangegeven dat cliënte voor meer dan 80% niet in staat is het huidige beroep uit te voeren ten gevolge van ziekte.
Tevens is door de medisch adviseur aangegeven dat de medische verklaring niet naar waarheid is ingevuld, daar de heupklachten volgens de specialisten al 10 jaar bestonden en in de 12 maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de polis op 3 maart 2008 een medische diagnose geweest.
Hierdoor blijven wij van mening dat de claim op juiste gronden is afgewezen."

3.6. Consument heeft vervolgens zelf medisch advies ingewonnen bij geneeskundig adviseur [X]. In zijn brief van 29 maart 2011 vermeldt geneeskundig adviseur [X]:
"Uit de beschikbare gegevens blijkt dat betrokkene al vele jaren last had van de lage rug en beide heupen. Zij is reeds in 2004 verwezen naar Nijmegen wegens een diffuus klachtenpatroon, waarbij geen diagnose is gesteld. Zij kreeg geleidelijk aan steeds meer pijnklachten in de linkerheup en fysiotherapie hielp niet. (…) Daarnaast zijn er gegevens uit Groningen, waarbij vooral werd gedacht aan myogene klachten die naar zijn zeggen reeds tien jaar bestaan. De huisarts geeft aan dat hij haar op 03-03-2008 voor het eerst heeft gesproken over haar heupklachten.
(…)
Ik stel vast dat er vele jaren rugklachten en heupklachten zijn geweest, maar dat deze klachten ondanks uitgebreid onderzoek niet hebben geleid tot vaststellen van een diagnose. (…) Voor zover mij bekend is betrokkene niet geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest in de 12 maanden voorafgaand aan 12-03-2009.
Op grond van deze gegevens meen ik dat de verzekeraar ten onrechte een beroep doet op verzwijging. Er is niet gebleken dat betrokkene zaken verzwegen heeft die in de periode 12-03-2008 tot en 12-03-2009 hebben geleid tot geheel of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. (…)."

3.7. Aangeslotene heeft vervolgens het medische advies van geneeskundig adviseur [X] voorgelegd aan haar medisch adviseur. Met haar brief van 9 augustus 2011 heeft zij Consument onder meer het volgende bericht:

"Het advies van uw geneeskundig adviseur hebben wij voorgelegd aan onze medisch adviseur. Onze medisch adviseur geeft aan dat uit de brief van de neuroloog d.d. 5 mei 2010 blijkt dat uw cliënte sinds 10 jaar lijdt aan de claimklachten, in de bespreking in zijn brief geeft deze bovendien een beschrijvende diagnose. De brief van de anesthesioloog d.d. 6 april 2010 beschrijft dit beeld eveneens. Uit het advies van uw geneeskundig adviseur blijkt dat deze ook bevestigd dat uw cliënte al vele jaren last heeft van de claimklachten.
Conform de Algemene Voorwaarden (…) bestaat er geen aanspraak op uitkering in geval van letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was.
De uitsluiting is van toepassing omdat de claimklachten van uw cliënte onder het begrip ziekte vallen nu uw cliënte al vele jaren last heeft van de claimklachten.
Voornoemde betekent eveneens dat het aanvraagformulier voor de [verzekering] niet naar waarheid is ondertekend, nu uw cliënte reeds vele jaren lijdt aan de claimklachten. De verklaring van uw cliënte bij het aangaan van de [verzekering] dat zij in een goede gezondheid verkeert en geen aandoeningen heeft die medische behandeling vereisten is dan ook niet juist. (…).
Concluderend kan worden gesteld dat (…) het medisch advies van uw geneeskundig adviseur geen nieuwe gezichtspunten naar voren heeft gebracht. (…)."

3.8. Consument heeft vervolgens een klacht ingediend bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening. De Ombudsman heeft de klacht ongegrond verklaard.

3.9. Naar aanleiding van het oordeel van de Ombudsman heeft Consument aan geneeskundig adviseur [Y] de vraag voorgelegd (i) of de klachten waardoor zij arbeidsongeschikt raakte al voor de ingangsdatum bestonden en (ii) of de klachten leidend tot de arbeidsongeschiktheid soortgelijk zijn aan de klachten die speelden in de twaalf maanden voorafgaand aan het moment van de aanvraag van de verzekeringen.

3.10. Geneeskundig adviseur [Y] heeft in zijn rapport van 27 september 2012 hierop het volgende vermeld:
"De verzekeraar beroept zich op verzwijging op grond van twee elementen: betrokkene gaf bij meerdere behandelaars aan al 10 jaar klachten te hebben en betrokkene bezocht op 03-03-2008 de huisarts met heupklachten. De Ombudsman voegde hier een derde element aan toe: betrokkene werd in 2004 al verwezen naar een ziekenhuis. De Ombudsman concludeert hieruit dat betrokkene niet op 12-11-2008 en 12-03-2009 kon verklaren in goede gezondheid te verkeren en dat zij melding had moeten maken van genoemde klachten.
Ik ben het hier niet mee eens. Over de onderzoeken in 2004 en de bevindingen is alleen uit de brief van neuroloog [S] van 09-02-2010 bekend dat het een diffuus klachtenbeeld betrof en dat er geen neurologische diagnose gesteld werd. Hieruit kan ik niet opmaken dat er ten tijde van het ondertekenen sprake was van een zodanige situatie dat het kandidaat verzekerde duidelijk moest zijn dat zij niet mocht verklaren in een goede gezondheid te verkeren. Tussen de verwijzing naar het ziekenhuis in 2004 en de ondertekening van de verklaring in 2008 liggen 4 jaren. Het bezoek aan de

huisarts op 03-03-2008 was korter voor het moment van ondertekenen. Betrokkene bezocht de huisarts op 03-03-2008 met heupklachten, specifiek van de linkerheup (…). De situatie op 03-03-2008 is dus heel anders dan in 2004, toen het een diffuus klachtenbeeld betrof, waarvoor verwijzing naar een neuroloog raadzaam geacht werd. Een relatie tussen de verwijzing in 2004 en de klachten op 03-03-2008 blijkt niet uit de voorliggende stukken. (…).
De verklaringen van betrokkene dateren [van] 12-11-2008 en 12-03-2009. Ik vind het erg ver gaan uit de consultatie op 03-10-2008 te concluderen dat er sprake was van een aandoening die medische behandeling vereiste. De mededeling later dat klachten al 10 jaar bestonden zou deze conclusie kunnen versterken of rechtvaardigen maar uit de stukken blijkt dat de klachten een wezenlijke evolutie doormaakten tussen de ondertekening van de verklaring op 12-03-2009 en het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid. Ik vind dat niet duidelijk is dat de situatie ten tijde van de ondertekening op 12-11-2008 en 12-03-2009 zodanig was dat betrokkene de verklaring niet naar waarheid mocht ondertekenen. (…)."

4. De vordering en grondslagen

4.1. Consument vordert dat Aangeslotene dekking verleent op beide arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en alsnog overgaat tot betaling van de verzekerde periodieke uitkeringen van € 173,50 en € 90,-.

4.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:
- Consument stelt dat zij het in de onder 3.2. vermelde verklaringen opgenomen begrip 'momenteel' aldus heeft geïnterpreteerd dat daarmee werd gevraagd naar de actuele gezondheid. Daarnaast stelt zij dat zij op het moment van het sluiten van de verzekeringen in een goede gezondheid verkeerde. Ter onderbouwing van haar standpunt wijst zij op de conclusies van geneeskundig adviseur [Y] in het rapport van 27 september 2012. Consument ging er dan ook van uit dat zij de vragen over haar gezondheid juist had beantwoord. Van een schending van de mededelingsplicht is derhalve geen sprake.
- Verder voert Consument aan dat artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden onredelijk bezwarend is op grond van artikel 6:237 Burgerlijk Wetboek (BW) omdat Aangeslotene met de uitsluiting haar verplichtingen beperkt die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst, wet, gewoonte dan wel de redelijkheid en billijkheid.
- Tot slot stelt Consument dat aan de in artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden omschreven criteria voor arbeidsongeschiktheid is voldaan. Zij wijst er daarbij op dat zij ten tijde van de ondertekening van de polisbladen geen klachten had waardoor zij beperkingen ondervond in haar functioneren in een arbeidssituatie.

4.3. Aangeslotene voert tegen de stellingen van Consumenten verweer en tot afwijzing van de vordering. Op de stellingen die Aangeslotene aan haar verweer ten grondslag legt wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

5. Beoordeling

5.1. Aangeslotene heeft de claim van Consument afgewezen. Als eerste verweer voert zij aan dat Consument ten tijde van het sluiten van de verzekeringen niet heeft kunnen verklaren een goede gezondheid te bezitten en geen aandoeningen te hebben die een medische behandeling vereisen. Zij wijst er daarbij op dat uit de medische informatie volgt dat Consument op dat moment al 10 jaar last had van rug- en heupklachten. Consument had het bestaan van deze klachten volgens Aangeslotene bij het aangaan van de verzekeringen moeten melden.

5.2. De eerste vraag die de Commissie dient te beantwoorden is of Aangeslotene zich in redelijkheid op het standpunt heeft kunnen stellen dat Consument haar mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW heeft geschonden. Bij de beantwoording van deze vraag neemt de Commissie tot uitgangspunt dat – nu in de precontractuele fase geen gebruik is gemaakt van een door Aangeslotene opgestelde vragenlijst – op Consument als aspirant-verzekeringnemer een spontane mededelingsplicht rustte ten aanzien van alle feiten waarvan zij wist of behoorde te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar over het al dan niet afsluiten van de verzekering daarvan afhangt of kan afhangen (vergelijk HR 8 juni 1962, NJ 1962, 366).
Vaststaat weliswaar dat de rug- en heupklachten reeds een aantal jaren bestonden, maar dat betekent niet dat Consument er in het onderhavige geval een verwijt van kan worden gemaakt dat zij van die klachten aan Aangeslotene geen mededeling heeft gedaan. Consument heeft zich er naar het oordeel van de Commissie terecht op beroepen dat zij de in de verklaringen opgenomen aanduiding "momenteel" zo heeft mogen opvatten dat Aangeslotene daarmee uitsluitend informeerde naar haar actuele gezondheidstoestand. Nu genoemde aanduiding voor meer dan één uitleg vatbaar is, dient die bepaling in het voordeel van Consument te worden uitgelegd. Dit klemt temeer nu Aangeslotene zich niet heeft bediend van een vragenlijst. De Commissie verwerpt derhalve het primaire verweer van Aangeslotene.

5.3. Het tweede verweer dat Aangeslotene voert betreft een beroep op de uitsluiting in artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel is kort gezegd bepaald dat geen recht op uitkering bestaat indien in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering sprake was van letsel of ziekte waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was.

5.4. De Commissie stelt op grond van de overgelegde medische informatie het volgende vast. Consument heeft sinds 2000 last van pijnen in de lage rug, bekken regio en heupen. In de loop der jaren is zij door meerdere specialisten onderzocht. De specialisten hebben ter zake van de klachten echter geen diagnose kunnen vaststellen. Op 3 maart 2008 heeft Consument haar huisarts bezocht in verband met pijnklachten in haar linker heup. De huisarts heeft Consument vervolgens doorverwezen naar een fysiotherapeut. De fysiotherapeut heeft Consument 3 keer behandeld. De laatste behandeling heeft plaatsgevonden op 5 november 2008. Nadien zijn de pijnklachten in de linker heup geleidelijk toegenomen, hetgeen per 11 maart 2010 heeft geleid tot volledige arbeidsongeschiktheid van Consument.

De Commissie leidt uit voorgaande feiten en omstandigheden af dat Consument arbeidsongeschikt is geworden als gevolg van klachten die al lange tijd bestonden. Gelet hierop is de Commissie van oordeel dat Aangeslotene zich terecht op het standpunt heeft kunnen stellen dat geen recht op uitkering bestaat omdat de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van klachten die al voor de ingangsdatum van de verzekering en in ieder geval in de twaalf maanden vóór 12 november 2008 bestonden. Het beroep van Aangeslotene op artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden slaagt derhalve.

5.5. Consument heeft zich in dit verband nog beroepen op artikel 6:237 BW. Nog afgezien van het feit dat Consument niet heeft gespecificeerd welke in artikel 6:237 BW genoemde omstandigheid zich hier voordoet, is de Commissie van oordeel dat Consument onvoldoende feiten en omstandigheden heeft aangevoerd op grond waarvan kan worden aangenomen dat artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden een onredelijk bezwarend karakter heeft. Dit beroep wordt daarom verworpen.

5.6. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de vordering van Consument dient te worden afgewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

6. Beslissing

De Commissie wijst bij wege van bindend advies de vordering van Consument 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 kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.