Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2013-142 d.d. 21 mei 2013
(mr. P.A. Offers, voorzitter, dr. B.C. de Vries en mr. R.J. Verschoof, leden en mr. E.E. Ribbers, secretaris)

Samenvatting

Betalingsbeschermingsverzekering. Consument is gedurende zekere tijd arbeidsongeschikt door twee ziektes en claimt uitkering van de arbeidsongeschiktheidsuitkering over de gehele periode. De Commissie stelt aan de hand van de toepasselijke voorwaarden van verzekering vast dat Aangeslotene slechts gehouden is uit te keren op basis van één ziekte tegelijk. Na genezing van de eerste ziekte kan Consument geen recht doen gelden uit hoofde van de tweede ziekte omdat niet aan de wachttijd is voldaan. De stelling van Consument dat hij is behandeld door een fysiotherapeut wordt niet bewezen geacht.

Consument,

en

Genworth Financial, gevestigd te Arnhem, 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;
- de brief van 21 mei 2012 namens Consument met het door Consument op 16 mei 2012 ondertekende vragenformulier met bijlagen;
- het verweerschrift van Aangeslotene met bijlagen;
- de repliek van Consument met bijlagen;
- de dupliek van Aangeslotene.

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 25 maart 2013 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

3.1 Consument heeft met ingangsdatum van 1 december 2006 een betalingsbeschermingsverzekering (hierna: de "Verzekering") gesloten bij Aangeslotene waarbij hij tevens de verzekerde is. Uit hoofde van de Verzekering is onder meer bij ziekte een maandelijkse uitkering van € 650,- verzekerd.

3.2 In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden ("VV") is onder meer het volgende bepaald:

"**2. RECHT OP EEN UITKERING BIJ ZIEKTE OF ONGEVAL**

U heeft recht op een uitkering als u door ziekte of een ongeval uw eigen werkzaamheden niet kunt verrichten. Als u op arbeidstherapeutische basis uw eigen werkzaamheden (gedeeltelijk) hervat, of als u uw eigen werkzaamheden gedeeltelijk op loonwaarde hervat, blijft het recht op een uitkering bestaan zolang u voor de geclaimde ziekte of het ongeval onder medische behandeling bent.

(….)

Als u een beroep doet op de verzekering, dan kunt u dat slechts doen voor één specifieke ziekte, aandoening of letsel. Voor dezelfde of een nieuwe ziekte, aandoening of letsel kunt u opnieuw een claim indienen met inachtneming van de termijnen zoals beschreven in artikel 2.6.

(….)

2.2 *Wanneer heeft u recht op een uitkering?*

Voor ziekte of een ongeval heeft u recht op een uitkering als uw claim aan de volgende voorwaarden voldoet:

- U kunt geheel of gedeeltelijk niet werken door ziekte of ongeval zoals beschreven in artikel 2.
- U bent onder medische behandeling voor de geclaimde ziekte, of voor het lichamelijk letsel als gevolg van het ongeval.
- De door u geclaimde ziekte, of het door een ongeval veroorzaakte lichamelijk letsel, is medisch objectiveerbaar.
- Voordat u ziek werd , of voordat u het ongeval had, werkte u minstens 16 uur per week op grond van een arbeidsovereenkomst, een ambtelijke aanstelling, of als zelfstandig ondernemer.

(….)

2.6 *Opeenvolgende claims*

Als u eerder een claim heeft ingediend wegens ziekte en deze claim is niet toegewezen of is geëindigd om welke reden dan ook, dan kunt u opnieuw een claim indienen als u:

- 180 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om dezelfde ziekte.
- 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om een andere ziekte."

"17. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

(….)

Medische behandeling

Voortdurende en doorlopende behandeling van een huisarts en/of specialist waarbij er een directe relatie moet zijn met de medisch objectiveerbare ziekte die aanleiding geeft tot arbeidsongeschiktheid. Met het begrip "voortdurende en doorlopende behandeling" wordt niet bedoeld de "onderhoudsbehandeling" door middel van periodieke controles voor ziektes die wel nog behandeld moeten worden, maar geen aanleiding geven tot relevante beperkingen voor arbeid. Preventieve behandelingen zijn uitgesloten van dekking.

(….)

Specialist
Een in Nederland gevestigde arts:

- Die als specialist is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, en
- Die niet zelf de verzekeringnemer is.

3.3 Op een door Consument op 24 april 2009 ondertekend Schadeformulier voor ziekte beantwoordt hij de volgende onder meer gestelde vragen als volgt:
"(….)
2a Voor welke ziekte (één ziekte) dient u een claim in? Schouder + Spanning
(….)
2c Op welke datum (dag/maand/jaar) bent u ziek geworden? 27-09-2008 t/m 21-12-2008
Nu vanaf: 19-01-2009 tot heden.
(….)"

3.4 Bij brief van 4 mei 2009 schrijft Aangeslotene Consument onder meer het volgende:
"(….)
Op het schadeformulier vermeldt u twee ziektes, te weten schouder en spanning. U kunt echter maar voor één ziekte een claim indienen. Om deze reden sturen wij u nieuwe schadeformulieren met het verzoek deze in te vullen voor één van beide ziektes. De gegevens betreffende zowel de gevraagde data, behandeling en medische machtigingen, als alle overige vragen kunnen alleen de geclaimde ziekte betreffen."
(….)"

3.5 Op een door Consument op 5 mei 2009 ondertekend Schadeformulier voor ziekte beantwoordt hij de volgende onder meer gestelde vragen als volgt:
"(….)
2a Voor welke ziekte (één ziekte) dient u een claim in? Schouder
(….)
2c Op welke datum (dag/maand/jaar) bent u ziek geworden? 27-09-2008 t/m 21-12-2008
Nu vanaf: 19-01-2009 tot heden.
(….)"

3.6 Op een door Consument op 24 december 2009 ondertekend Schadeformulier voor ziekte beantwoordt hij de volgende onder meer gestelde vragen als volgt:
"(….)
2a Door welke ziekte (één ziekte) bent u arbeidsongeschikt geworden?
Spanning
(….)
2d Op welke datum (dag/maand/jaar) bent u ziek geworden? 19-01-2009
(….)"

3.7 Uit een op 29 januari 2010 gedateerde verklaring van de behandelend reumatoloog blijkt dat deze Consument tot in maart 2009 heeft behandeld. Verder schrijft de reumatoloog onder meer het volgende:
"(….)
Bij controle in januari 2009 had patiënt anamnestisch nog steeds wat verspringende klachten gehad, eerst van de rechter elleboog, vervolgens van de vingers, daarna weer van de linker elleboog en linker schouder.
Bij gewrichtsonderzoek constateerde ik geen heftige ontstekingen alleen nog steeds een wat pijnlijke bicepspeesaanhechting links ter plaatse van de processus coricoideus, daarnaast wat

reactieve spierspanningspijnen in de biceps, de triceps en de musculus trapezius, hiervoor schreef ik hem 9 keer fysiotherapie voor (….).
Bij de laatste controle in maart 2009 bleek hij niet naar fysiotherapie geweest te zijn.
(….)"

3.8 Op grond van bovengenoemde Schadeformulieren heeft Consument uitkering geclaimd over de periode vanaf 27 september 2008 tot 15 april 2010. Aangeslotene heeft uitgekeerd over de periode vanaf 27 september 2008 tot 25 maart 2009 maar de claim over de periode van 25 maart 2009 tot 15 april 2010 afgewezen.

4. Geschil

4.1 Consument vordert dat Aangeslotene gehouden wordt tot betaling van de over de periode van 25 maart 2009 tot 15 april 2010 verschuldigde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tot een bedrag van in totaal € 7.475,-.

4.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag: Aangeslotene is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van haar verplichtingen jegens Consument. Consument voert in dit verband het volgende aan:

- op grond van artikel 2 VV heeft verzekerde recht op uitkering als (i) door ziekte of ongeval de eigen werkzaamheden niet kunnen worden verricht of (ii) de eigen werkzaamheden op arbeidstherapeutische basis worden verricht én er sprake is van medische behandeling. Consument heeft in de periode vanaf 27 september 2008 tot 15 april 2010 voldaan aan de voorwaarden van artikel 2 VV. In eerste instantie heeft Consument zich bij de dokter gemeld met allergieklachten, later ging dit over in schouder- en spanningsklachten. Consument heeft bij schadeformulier van 24 april 2009 voor het eerst melding gedaan bij Aangeslotene van ziekte. Aangeslotene heeft hem vervolgens verzocht een nieuw schadeformulier toegezonden met het verzoek deze in te vullen voor één van beide ziektes. Consument heeft daarop het schadeformulier van 5 mei 2009 aan Aangeslotene toegezonden en op 24 december 2009 een derde. Alle hebben betrekking op dezelfde klachten en op dezelfde periode;
- in de periode vanaf 30 september 2008 tot en met 15 december 2008 was Consument volledig arbeidsongeschikt. Vanaf 9 maart 2009 is Consument weliswaar voor 50% weer aan het werk gegaan maar dit was slechts op arbeidstherapeutische basis. Consument is daarbij gedurende de gehele periode vanaf 30 september 2008 tot 15 april 2010 onder medische behandeling geweest. Eerst was dat bij de reumatoloog. Op verwijzing van deze was dat vervolgens bij de fysiotherapeut, in dit kader wordt verwezen naar de brief van de reumatoloog van 29 januari 2010. Verder legt Consument een verklaring van 28 januari 2010 van zijn psychiater over waaruit blijkt dat Consument van 4 februari 2009 tot en met in ieder geval 28 januari 2010 bij deze onder behandeling is geweest. Ten slotte is Consument vanaf 13 maart 2009 tot 25 juni 2009 onder behandeling geweest bij OCA (reïntegratie).

4.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

Aangeslotene bestrijdt dat zij toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van haar verplichtingen jegens Consument. In dit kader voert zij het volgende aan:

- ten aanzien van de ziekmelding van 5 mei 2009 (schouder): volgens artikel 2 VV blijft bij gedeeltelijke hervatting van de werkzaamheden het recht op uitkering bestaan zolang de verzekerde voor de geclaimde ziekte onder medische behandeling is. Het begrip "medische behandeling" is gedefinieerd in artikel 17 Voorwaarden. De reumatoloog heeft in zijn brief van 29 januari 2010 geschreven dat hij Consument voor het laatst in maart 2009 heeft gezien. Dat Consument daarna onder behandeling van een fysiotherapeut is geweest acht Aangeslotene niet bewezen. Vanaf maart 2009 was derhalve geen sprake meer van medische behandeling en bestond daarom geen recht op uitkering;
- ten aanzien van de ziekmelding van 24 december 2009 (spanning): Aangeslotene wijst erop dat uit artikel 2 VV volgt dat slechts voor één specifieke ziekte tegelijk een beroep op de Verzekering kan worden gedaan. Voor opeenvolgende claims geldt artikel 2.6 Voorwaarden. Aan de door artikel 2.6 Voorwaarden gestelde voorwaarden is niet voldaan, enerzijds omdat op 24 december 2009 de claim inzake de schouderklachten nog niet was afgewezen of geëindigd, anderzijds omdat Consument niet voldeed aan de wachttijd. Ten slotte blijkt uit de door Consument overgelegde stukken dat Consument in ieder geval vanaf 9 maart 2009 zijn eigen werkzaamheden weer (gedeeltelijk) kon verrichten.

5. Beoordeling

5.1 De Commissie ziet zich voor de vraag gesteld of Aangeslotene jegens Consument toerekenbaar tekort is geschoten door over de periode vanaf 25 maart 2009 tot 15 april 2010 uitkering te weigeren. Bij de beantwoording van deze vraag gaat de Commissie uit van de onder 3 weergegeven feiten.

5.2 In artikel 2 VV is bepaald dat als de verzekerde een beroep op de Verzekering doet, dat slechts kan geschieden voor één specifieke ziekte, aandoening of letsel. Voor een nieuwe ziekte, aandoening of letsel gelden de in artikel 2.6 VV genoemde termijnen. Consument heeft in het op 24 april 2009 ondertekende Schadeformulier aangegeven dat er sprake was van schouderklachten en spanningsklachten. Als ingangsdatum noemt hij 27 september 2008. In haar brief van 4 mei 2009 wijst Aangeslotene vervolgens op de VV en vraagt Consument een nieuw schadeformulier in te vullen voor ofwel schouderklachten ofwel spanningsklachten. De Commissie is van oordeel dat Aangeslotene het niet aan Consument had mogen overlaten om een keuze te maken tussen de beide klachten. Aangeslotene had -als professionele en deskundige partij- zelfstandig een onderzoek dienen in te stellen naar de genoemde klachten en Consument vervolgens over zijn claim dienen te adviseren.
In de onderhavige kwestie speelt deze tekortkoming echter geen rol. In het door Consument op 5 mei 2009 ondertekende schadeformulier geeft hij immers aan dat de schouderklachten op 27 september 2008 zijn ontstaan terwijl hij in het door hem op 24 december 2009 ondertekende schadeformulier invult dat de spanningsklachten op 19 januari 2009 zijn ontstaan. Dit komt overeen met de door Consument ter zitting

gedane mededelingen zodat vast staat dat de schouderklachten het eerst zijn ontstaan en in latere instantie de spanningsklachten. Aangezien op grond van de door partijen ingediende stukken en afgelegde verklaringen tevens vast staat dat er ten aanzien van de spanningsklachten niet voldaan is aan de in artikel 2.6 VV genoemde (wacht)termijn van het gedurende 30 dagen volledig en aaneengesloten verrichten van werk, zal de Commissie de spanningsklachten bij haar verdere beoordeling buiten beschouwing laten en uitsluitend in gaan op de claim terzake van de schouderklachten.

5.3 Met betrekking tot de schouderklachten is Consument blijkens de op 29 januari 2010 gedateerde verklaring van de reumatoloog tot in maart 2009 bij hem onder behandeling geweest. De reumatoloog schrijft daarbij dat hij Consument 9 keer fysiotherapie heeft voorgeschreven *en dat bij de laatste controle in maart 2009 bleek dat Consument niet naar fysiotherapie was geweest.* Door Consument is echter gesteld dat hij na maart 2009 wél onder behandeling van een fysiotherapeut is geweest. In dit kader wijst Consument op de door hem overlegde eindrapportage van 16 juni 2009 van het OCA waar Consument is begeleid voor werkhervatting en re-integratie. In die eindrapportage wordt echter alleen aangegeven dat Consument tot 25 juni 2009 twee maal per week fysieke training krijgt bij het COA. Niet omschreven wordt wat dit voor een training betreft en of daarbij sprake is geweest van behandeling door een fysiotherapeut. Aangezien verdere onderbouwing door Consument van zijn stelling ontbreekt is de Commissie van oordeel dat door Consument onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat hij na 25 maart 2009 behandeld is door een fysiotherapeut zodat zijn stelling verworpen dient te worden.

5.4 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat niet is komen vast te staan dat Consument na maart 2009 verdere medische behandeling heeft ondergaan voor schouderklachten. Zijn vordering dient daarom 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, als 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. Zie hiervoor kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.