Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-336
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. dr. K. Engel, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden en mr. J.J. Guijt, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 28 februari 2019
Ingediend door	: Consument
Tegen	: Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 17 april 2020
Aard uitspraak	: Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. De aanvraag is geaccepteerd met vier uitsluitingen en een wachttermijn. Consument vordert verwijdering van de uitsluitingsclausules en herbeoordeling.

De Commissie concludeert dat niet is gebleken dat Verzekeraar door de vier uitsluitingsclausules als voorwaarde te stellen, misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of in strijd heeft gehandeld met de wet. Verzekeraar is dan ook niet gehouden de gewraakte uitsluitingen te verwijderen. Ook is Verzekeraar niet gehouden de gewraakte wachttermijn te verwijderen.

Verzekeraar heeft Consument medegedeeld dat hij drie jaar na het ingaan van de Verzekering recht heeft op een herbeoordeling. Van een door Verzekeraar gedane toezegging dat Consument recht heeft op een eerdere tussentijdse herbeoordeling, zoals Consument stelt, is de Commissie niet gebleken. De vordering wordt afgewezen.

1. Procesverloop

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

- het namens Consument ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de namens Consument ingediende repliek;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de brief van de gemachtigde van Consument van 5 november 2019;
- de brief van Verzekeraar van 22 november 2019; en
- de brief van de gemachtigde van Consument van 29 november 2019.

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

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft op 7 december 2017 – via zijn werkgever – bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'de Verzekering') aangevraagd die aanvullende dekking op de wettelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering biedt. Omdat Consument op het moment dat hij de Verzekering aanvroeg reeds langer dan zes maanden in dienst was bij zijn werkgever kon hij geen gebruik maken van de blanco acceptatieperiode, maar diende hij gezondheidsvragen in te vullen. Naar aanleiding van de door Consument gegeven antwoorden op die vragen heeft Consument een nadere gezondheidsverklaring moeten invullen. In deze gezondheidsverklaring heeft Consument – voor zover hier relevant – het volgende ingevuld:

"(…)

Had u of heeft u een of meer van de hieronder genoemde klachten, ziekten of aandoeningen?

J Rugpijn, rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug, nekklachten, botbreuk, KANS (dit heette RSI), bekkeninstabiliteit, fibromyalgie, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming. Of een andere klacht, ziekte of aandoening aan spieren, armen, benen of gewrichten.	☐ nee	☑ ja
L Klacht, ziekte of aandoening aan neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis) of oorsuizen.	☐ nee	☑ ja

(…)."

2.2 Met betrekking tot de aandoeningen vermeld onder J en L heeft Consument eveneens de door Verzekeraar bijgevoegde bijlagen ingevuld. Daarnaast heeft Consument melding gemaakt van medicijngebruik in verband met hooikoorts, bloedonderzoek de afgelopen vijf jaar wegens vermoeidheid en behandeling door een fysiotherapeut in verband met rugklachten gedurende de periode november 2016 tot en met april 2017. Ook heeft Consument melding gemaakt van zijn bezoek aan een chirurg in verband met een liesbreuk in 2017, een operatie aan zijn meniscus in 2014, een blindedarmoperatie in 2011 en van een MRI-scan in juni 2017 in verband met rugklachten.

2.3 Na ontvangst van de gezondheidsverklaring heeft de medisch adviseur van Verzekeraar informatie ingewonnen bij de behandelend artsen van Consument.

2.4 Naar aanleiding van de ontvangen medische informatie heeft de medisch adviseur van Verzekeraar Consument bij brief van 22 mei 2018 meegedeeld dat bij hem sprake is van een hoger risico om arbeidsongeschikt te worden en dat de arbeidsongeschiktheidsverzekering wel kan worden afgesloten maar dat er een uitsluiting en een wachttermijn voor hem geldt. De medisch adviseur vermeldt verder dat Consument binnenkort van Verzekeraar het polisblad ontvangt en dat hij daarop de voor hem geldende uitsluitingen en wachttermijn kan lezen.

2.5 Verzekeraar heeft Consument bij brief van 31 mei 2018 bericht dat de Verzekering met ingang van 1 mei 2018 tot stand is gekomen. Op het bij deze brief gevoegde polisblad staan de volgende uitsluitingen vermeld:

"Uitsluiting van elke invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid in verband met, dan wel voortkomend uit "1. rugklachten, 2. aandoeningen van de onderste extremiteit t/m de lies links, 3. pijnklachten, 4. gehoorklachten/tinnitus", de gevolgen en consequenties ervan."

Daarnaast is op het polisblad vermeld dat sprake is van een wachttermijn van 24 maanden die eindigt op 1 mei 2020.

2.6 In de op de Verzekering onder meer van toepassing zijnde Voorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering Overheid, onderwijs en energie- en nutsbedrijven (hierna: 'de Voorwaarden') staat, voor zover hier relevant:

"(…)
Artikel 1
(..)

10 Wachttermijn
U hebt geen recht op een uitkering als met u een wachttermijn is afgesproken en u tijdens de wachttermijn ziek wordt. De wachttermijn duurt maximaal 48 maanden en staat op het verzekeringsbewijs vermeld. De wachttermijn begint op de ingangsdatum van de verzekering.
(…).”

2.7 Consument heeft zich over de uitsluitingen en wachttermijn beklaagd. Ook de werkgever van Consument heeft contact met Verzekeraar opgenomen, vragen over de acceptatie van Consument gesteld en verzocht om een herbeoordeling.

2.8 Op 5 juli 2018 heeft de medisch adviseur Consument in een telefoongesprek meegedeeld dat hij over drie jaar om een herbeoordeling kan vragen.

2.9 Op 1 augustus 2018 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar Consument telefonisch een toelichting gegeven op de uitsluitingen.

2.10 Op 6 augustus 2018 heeft de werkgever van Consument Verzekeraar bericht dat de verwachting is dat bij nader onderzoek geen of nauwelijks uitsluitingen nodig zullen zijn.

2.11 Bij e-mailbericht van 7 augustus 2018 heeft Verzekeraar de werkgever van Consument – voor zover hier relevant – het volgende meegedeeld:

“(…) Zodra de medische dienst de zaak helder heeft kan er ook een herbeoordeling in gang worden gezet. Onze medische dienst informeert [Consument} over deze mogelijkheid. (…).”

2.12 Vervolgens heeft uitvoerige correspondentie tussen (de werkgever van) Consument en Verzekeraar plaatsgevonden.

2.13 Bij e-mailbericht van 4 oktober 2018 heeft Consument Verzekeraar nogmaals verzocht om een herbeoordeling. Verzekeraar heeft dit verzoek voorgelegd aan zijn medisch adviseur en Consument op 15 november 2018 bericht dat in het telefoongesprek van 1 augustus 2018 tussen Consument en de medisch adviseur alle aspecten die bij de beoordeling een rol spelen al ter sprake zijn geweest en zijn toegelicht en dat de zaak daarmee was afgerond. Een herbeoordeling is volgens Verzekeraar dan ook niet zinvol en een ongeclausuleerde acceptatie is niet mogelijk.

2.14 De werkgever van Consument heeft daarop bij e-mailbericht van 20 november 2018 meegedeeld dat het telefoongesprek van 1 augustus 2018 bij Consument helemaal niet de indruk heeft achtergelaten dat de zaak was afgerond en dat zijn indruk was dat een herbeoordeling zou plaatsvinden.

Dat is ook de informatie geweest die de werkgever van Consument van de accountmanagers van Verzekeraar heeft gekregen: eventuele uitsluitingen zouden op maat worden gemaakt na een herbeoordeling.

2.15 Verzekeraar heeft Consument bij brief van 4 december 2018 meegedeeld dat er geen mogelijkheid bestaat om de uitsluitingen te verwijderen of aan te passen vanwege het gelijke premiepercentage dat hij hanteert voor al zijn verzekerden.

2.16 Op 19 februari 2019 is namens Consument nogmaals bezwaar gemaakt tegen de plaatsing van de uitsluitingen. Daarbij heeft Consument Verzekeraar ook verweten dat hij de gedane toezegging om tot herbeoordeling over te gaan niet is nagekomen.

2.17 In zijn reactie van 25 februari 2019 op het bezwaarschrift heeft de medisch adviseur van Verzekeraar onder meer geschreven dat het doel van een medische beoordeling is om, uitgaande van de medische historie van de aanvrager, vast te stellen of sprake is van een meer dan gemiddeld (verhoogd) risico dat op enig moment een claim op de verzekering wordt gedaan. De risico-inschatting is een complexe aangelegenheid, waarbij zowel statistische gegevens, kennis van de prognose van de aandoeningen in relatie tot het arbeidsvermogen en de relatie tussen de klachten/beperkingen en de eisen, dan wel optredende belasting in het uitgeoefende beroep in de oordeelsvorming wordt betrokken. Verder heeft de medisch adviseur van Verzekeraar geschreven dat uit de van de behandelend neuroloog en anesthesioloog verkregen recente gegevens blijkt dat sprake is van aandoeningen en klachten, welke een zondermeer (sterk) verhoogd risico vormen op arbeidsongeschiktheid, ook wanneer daar nu (nog) geen sprake van is. Een ongeclausuleerde of anders geclausuleerde acceptatie is volgens de medisch adviseur dan ook niet mogelijk. Ook volgens de door de medisch adviseur geraadpleegde juridische afdeling, heeft de medisch adviseur binnen de grenzen, zoals neergelegd in het Protocol Verzekerings-keuringen, de uitspraak van de Geschillencommissie 2018-352, alsmede het interne acceptatiebeleid van Verzekeraar, gehandeld. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft Consument de mogelijkheid geboden om de Verzekering per ingangsdatum te beëindigen met restitutie van de reeds betaalde premie. Consument heeft van dit aanbod geen gebruik gemaakt.

2.18 Partijen zijn er onderling niet uitgekomen, waarna Consument zich tot Kifid heeft gewend.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert dat Verzekeraar de op de Verzekering geplaatste uitsluitingen verwijdert, dan wel tot herbeoordeling overgaat.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de op hem rustende verplichtingen door de Verzekering onder beperkende bepalingen af te sluiten en niet tot herbeoordeling over te gaan. Consument voert hiertoe het volgende aan:

- De uitsluitingen zijn veel te ruim geformuleerd. Door de reikwijdte daarvan is het praktisch nut van de Verzekering gering. Consument is het met name oneens met de uitsluitingen 1 en 3. Consument heeft geen rugklachten. Dat hij die in het verleden heeft gehad, betekent niet dat dit een groter risico oplevert dan voor Verzekeraar aanvaardbaar is. Uitsluiting 3 (voor pijnklachten) is te algemeen. Op Verzekeraar rust de bewijslast om zijn stelling te bewijzen dat het Uitvoeringsinstituut Werknemers-verzekeringen (hierna: 'UWV') 'pijnklachten' gebruikt als categorie in zijn beoordelings-methodiek. Ook rust op Verzekeraar de bewijslast om aan te tonen dat er een recht-vaardigingsgrond bestaat om deze uitsluiting in dit specifieke geval toe te passen nu Consument met de pijnklachten gewoon aan het werk is geweest in een zogenaamd 'zwaar beroep'.
- Verzekeraar heeft Consument niet naar behoren behandeld. Hem is de indruk gegeven en zelfs meermalen toegezegd dat, als de Verzekering eenmaal afgesloten was, een reële kans zou bestaan dat aan de hand van nieuwe medische gegevens, inzage in het verzuim, verdere onderzoeken en/of een keuring, de uitsluitingen herbeoordeeld zouden worden. De gezondheidstoestand van Consument was volgens Verzekeraar op 26 juli 2018 nog zo onduidelijk dat er een noodzaak was om zeer ruim te clausuleren. Zodra meer duidelijkheid zou bestaan, zou een herbeoordeling plaatsvinden. Die is nooit naar behoren uitgevoerd. Er is alleen op 1 augustus 2018 – slechts vijf dagen later dus – door de medisch adviseur van Verzekeraar gebeld met Consument. Op dat moment was er geen sprake van nieuwe toevoegingen aan het medisch dossier en van een herbeoordeling op grond van nieuwe (medische) informatie was dan ook geen sprake. Consument heeft het telefoongesprek van 1 augustus 2018 zeker niet als herbeoordeling opgevat.
- De gehanteerde wachttijd van 24 maanden is te lang. Hierdoor is het praktisch nut van de Verzekering nihil, zeker gezien de ruime uitsluitingen die al op de Verzekering zijn geplaatst.

Verweer Verzekeraar

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

- Het staat Verzekeraar vrij om de voorwaarden te bepalen waaronder hij een kandidaat-verzekerde accepteert voor de verzekering. Verzekeraar kan het advies van zijn medisch adviseur slechts marginaal toetsen. Dat wil zeggen dat hij niet inhoudelijk op de medische aspecten van het advies ingaat. Verzekeraar kan slechts beoordelen of de medisch adviseur in alle redelijkheid tot zijn oordeel heeft kunnen komen en of hij daarbij de nodige zorgvuldigheid in acht heeft genomen.

Op basis van de informatie die Verzekeraar heeft gekregen, heeft hij vastgesteld dat het advies van de medisch adviseur voldoende is onderbouwd, dat de medisch adviseur de benodigde zorgvuldigheid heeft betracht en dat de vereisten van redelijkheid en billijkheid in acht zijn genomen. Er zijn geen nieuwe feiten of omstandigheden naar voren gekomen die leiden tot een andere uitkomst. Uit het medisch dossier volgt ook dat de medisch adviseur tijdens de bezwaarprocedure meermaals inhoudelijk heeft gereageerd op de totstandkoming van de medische clausules.

- Bij de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen van Verzekeraar bepaalt niet Verzekeraar de arbeidsongeschiktheid, maar het UWV. Dit betekent dat bij het bepalen van het verzekeringsrisico bij de acceptatie aansluiting wordt gezocht bij de beoordelings-methodiek die het UWV hanteert. De arbeidsongeschiktheidskeuringen door het UWV zijn gericht op het vaststellen van resterende functionaliteiten. Weliswaar moeten de daarbij vastgestelde klachten en beperkingen een uiting van ziekte zijn, maar de exacte diagnose is daarbij van ondergeschikt belang en wordt in voorkomend geval dan ook meestal vrij algemeen geformuleerd. De beperkingen zoals vastgelegd in de Functionele Mogelijkhedenlijst zijn daarbij niet direct aan een specifieke aandoening gekoppeld, maar een weerslag van het totale beeld met betrekking tot de belastbaarheid. In dat licht bezien luistert de risicobepaling bij acceptatie uitermate nauw en is er al snel sprake van een niet-verzekerbaar risico-element dat dan vervolgens als ruim geformuleerde clausule op het polisblad wordt opgenomen. In het acceptatieproces voor de toelating tot de arbeidsongeschiktheidsverzekering van Verzekeraar worden bovendien geen keuringen verricht door medisch specialisten of andere deskundigen. Het acceptatiebeleid is zo ingericht dat de medische dienst op basis van de verkregen medische gegevens tot een oordeel komt. Het is dan aan de klant of hij zich met eventueel gestelde voorwaarden kan verenigen.
- De term ‘pijnstoornissen’ is een bekende en gangbare term die door het UWV wordt gebruikt.
- De gehanteerde wachttermijn van 24 maanden is zorgvuldig en in redelijkheid tot stand gekomen. Een wachttermijn mag op grond van artikel 1 lid 10 van de Voorwaarden maximaal 48 maanden duren. De relatief lange duur van deze wachttermijn is gebaseerd op de in Nederland gebruikelijke (lange) wachttermijnen die door het UWV worden gehanteerd.
- Een herbeoordeling is altijd mogelijk. Verzekeraar is bereid om de uitsluitingen drie jaar na de ingangsdatum van de Verzekering op verzoek van Consument opnieuw te laten beoordelen.

4. Beoordeling

Uitsluitingsbepalingen

4.1 Consument stelt zich allereerst op het standpunt dat Verzekeraar de op de Verzekering geplaatste uitsluitingen – met name de uitsluitingen 1 en 3 – te ruim heeft geformuleerd. De Commissie overweegt in dit kader als volgt.

4.2 Een verzekeraar is in beginsel vrij naar eigen inzicht te beoordelen of hij een verzekering, al dan niet onder beperkende voorwaarden, wil aangaan. Verzekeraars hebben, behoudens uitzonderingen (die zich in deze zaak niet voordoen) geen acceptatieplicht. Een verzekeraar mag zich laten leiden door zijn eigen opvattingen (of die van zijn medisch adviseur) omtrent de waardering van het risico. Dit valt af te leiden uit een uitspraak van de Hoge Raad van 9 juni 2006 (gepubliceerd op www.rechtspraak.nl onder nummer ECLI:NL:HR:2006: AV9435). In dit arrest heeft de Hoge Raad overwogen (onder 3.4.2.) dat het een verzekeraar vrijstaat om de grenzen te omschrijven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen. De Hoge Raad heeft dit herhaald (onder 3.4.2) in zijn arrest van 16 mei 2008 (gepubliceerd onder nummer ECLI:NL:HR:2008:BC2793).

4.3 In een eerdere uitspraak heeft de Commissie geoordeeld dat het de verzekeraar vrij staat acceptatiecriteria te hanteren waarbij de medische voorgeschiedenis van een aspirant-verzekeringnemer wordt meegewogen in de beoordeling van het te bepalen risico. Indien de verzekeraar een verhoogd risico aanwezig acht, staat het hem dus ook vrij om een aspirant-verzekeringnemer alleen te accepteren met een beperkende bepaling. Zie de uitspraak van de Geschillencommissie met nummer 2018-352 (te vinden op www.kifid.nl onder 'uitsprakenregister').

4.4 Dat een verzekeraar zich bij het sluiten van een verzekering mag laten leiden door zijn eigen opvattingen (of die van zijn medisch adviseur) omtrent de waardering van het risico, geldt ook voor verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden, zoals Verzekeraar in deze zaak.

4.5 Het voorgaande verklaart waarom het de Commissie niet is toegestaan om te treden in het acceptatiebeleid van een verzekeraar. Dat dit de Commissie niet is toegestaan, blijkt uit artikel 2.1 onder i) van het Reglement van de Geschillencommissie (gepubliceerd op de website van het Kifid, versie vanaf 1 april 2017). Daarin staat dat de Commissie een klacht van een Consument niet behandelt (lees: niet mag behandelen) voor zover de klacht ziet op de weigering om een rechtsverhouding aan te gaan of om de dienstverlening uit te breiden, tenzij de klacht behelst dat de Financiële Dienstverlener misbruik heeft gemaakt van hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of bij zijn weigering in strijd heeft gehandeld met de wet.

4.6 Niet gebleken is dat Verzekeraar door een dekkingsuitsluiting voor de onder 2.5 vermelde klachten en/of aandoeningen als voorwaarde te stellen, in strijd met de wet heeft gehandeld. Aan de orde is dan ook de vraag of Verzekeraar misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid. Ook daarvan is de Commissie niet gebleken. Niet gebleken is dat Verzekeraar Consument heeft gediscrimineerd (bijvoorbeeld op grond van zijn afkomst of vanwege zijn religie) of dat Verzekeraar anderszins, met willekeur van zijn bevoegdheid om al dan niet te contracteren, misbruik heeft gemaakt van de positie van Consument.

4.7 Ten overvloede merkt de Commissie het volgende op. Verzekeraar hanteert bij het door hem aangeboden arbeidsongeschiktheidsverzekeringsproduct een gelijk premiepercentage voor al zijn verzekerden, uitgaande van een gemiddelde kans op arbeidsongeschiktheid. Voor verzekerden met een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid hanteert Verzekeraar medische uitsluitingen. Verzekeraar heeft toegelicht op welke wijze hij het contractueel risico dat hij loopt, inschat en inkadert. Kort samengevat heeft hij aangevoerd dat de risicobepaling bij acceptatie uitermate nauw luistert en dat al snel sprake is van een niet-verzekerbaar risico-element waarvoor een clausule op het polisblad wordt opgenomen omdat niet Verzekeraar zelf de arbeidsongeschiktheid bepaalt, maar het UWV dat daarbij haar eigen beoordelingsmethodiek hanteert. Daarnaast heeft Verzekeraar aangevoerd dat in het acceptatieproces voor de toelating tot de arbeidsongeschiktheidsverzekering van Verzekeraar geen keuringen worden verricht door medisch specialisten of andere deskundigen, maar dat het acceptatiebeleid zo is ingericht dat zijn medische dienst op basis van de verkregen medische gegevens tot een oordeel komt. Uit de brief van 22 mei 2018, uit de overgelegde notitie van de medisch adviseur van Verzekeraar van het telefoongesprek van 1 augustus 2018, alsmede uit het e-mailbericht van Verzekeraar van 15 november 2018 volgt dat de medisch adviseur van Verzekeraar Consument heeft toegelicht waarom is besloten tot het uitsluiten van arbeidsongeschiktheid als gevolg van rugklachten, aandoeningen van de onderste extremiteit tot en met de lies links, pijnklachten en gehoorklachten/tinnitus.
Het door Verzekeraar ingenomen standpunt en de door zijn medisch adviseur gegeven toelichting op de geplaatste uitsluitingen komen de Commissie niet onredelijk of irreëel voor. Gelet op de systematiek dat bij deze arbeidsongeschiktheids-verzekeringen het UWV wordt gevolgd bij de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid, acht de Commissie de vrij algemene formulering van de uitsluitingen voor rugklachten en voor pijnklachten (meer specifiek door Verzekeraar geduid als ‘pijnstoornissen’) toelaatbaar.

4.8 De Commissie concludeert dat Verzekeraar niet gehouden kan worden de gewraakte uitsluitingsbepalingen te verwijderen. De vordering op dat punt wordt daarom afgewezen.

Herbeoordeling

4.9 Consument stelt zich voorts op het standpunt dat Verzekeraar hem niet naar behoren heeft behandeld door hem een herbeoordeling in het vooruitzicht te stellen maar die toezegging niet na te komen. De Commissie overweegt hierover als volgt.

4.10 Bij de overgelegde stukken bevindt zich een notitie van het telefoongesprek dat Verzekeraar en Consument op 5 juli 2018 hebben gehad. Hieruit volgt dat Verzekeraar Consument heeft meegedeeld dat hij over drie jaar een herbeoordeling kon aanvragen. In het telefoongesprek van 1 augustus 2018 heeft de medisch adviseur Consument een toelichting gegeven op de geplaatste uitsluitingen. Nadat (de werkgever van) Consument Verzekeraar had laten weten dat volgens hem een gunstiger acceptatie op een veel eerder moment mogelijk was, heeft Verzekeraar op 7 augustus 2018 Consument per e-mail meegedeeld dat een herbeoordeling in gang gezet kon worden zodra de medische dienst de zaak helder zou hebben. Vervolgens heeft Verzekeraar Consument bij e-mailbericht van 15 november 2018 bericht dat in het telefoongesprek dat Consument op 1 augustus 2018 met de medisch adviseur van verzekeraar heeft gehad alle aspecten die bij de beoordeling een rol spelen zijn toegelicht en dat een (tussentijdse) herbeoordeling in zijn geval niet zinvol is.

4.11 Hoewel de Commissie begrijpt dat er bij Consument verwarring kan zijn ontstaan naar aanleiding van het e-mailbericht van Verzekeraar van 7 augustus 2018, is deze onzekerheid naar haar oordeel weggenomen door het e-mailbericht van 15 november 2018. Van een door Verzekeraar gedane toezegging dat Consument recht heeft op een tussentijdse herbeoordeling, is de Commissie niet gebleken. Dit betekent dat Consument drie jaar na het ingaan van de Verzekering – derhalve per 1 mei 2021 – recht heeft op een herbeoordeling.

Wachttermijn

4.12 Tot slot beklaagt Consument zich over de op de Verzekering toegepaste wachttermijn van 24 maanden. Hij stelt dat het praktisch nut van de Verzekering, mede gezien de ruime uitsluitingen die al op de Verzekering zijn geplaatst, hierdoor nihil is.

4.13 Verzekeraar heeft aangevoerd dat de wachttermijn van 24 maanden zorgvuldig en in redelijkheid tot stand is gekomen en korter is dan de in de Voorwaarden opgenomen maximale duur. Daarnaast heeft Verzekeraar toegelicht dat de relatief lange duur van deze wachttermijn is gebaseerd op de in Nederland gebruikelijke (lange) wachttermijnen die door het UWV worden gehanteerd. De Commissie begrijpt deze toelichting aldus dat de Verzekering – die als aanvulling geldt op de WIA- of WAO-uitkering – pas tot uitkering kan overgaan als het UWV het verzoek om uitkering eerst heeft beoordeeld. Gelet op de aard van de Verzekering acht de Commissie deze toelichting redelijk.

Dit geldt te meer nu Consument zelf de blanco acceptatieprocedure van zes maanden na indiensttreding bij de werkgever – waarin voor hem geen beperkende bepalingen zoals een wachttermijn zouden gelden – ongebruikt voorbij heeft laten gaan.

4.14 Verzekeraar kan dan ook niet gehouden worden de gewraakte wachttermijn, die eindigt op 1 mei 2020, te verwijderen.

Conclusie

4.15 De Commissie concludeert dat Verzekeraar niet toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen. Verzekeraar is niet gehouden de gewraakte uitsluitingen en wachttermijn te verwijderen. Consument heeft vanaf 1 mei 2021 recht op een herbeoordeling. De vorderingen van Consument worden daarom afgewezen.

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.