Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-419 d.d. 27 november 2014
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden en mr. I.M.L. Venker, secretaris)

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft in december 2011 een aanvullende claim op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering ingediend en stelt dat deze claim door Aangeslotene nooit in behandeling is genomen. De Commissie is van oordeel dat op basis van de door Aangeslotene gestuurde brieven met als kenmerk de claim uit december 2011, voldoende aannemelijk is dat het standpunt van Consument niet gevolgd kan worden.

Consument,

tegen

N.V. Univé Schade, gevestigd te Assen, 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 vragenformulier met bijlagen, ontvangen op 23 april 2014;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- 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 10 november 2014 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:
3.1. Consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Aangeslotene.
3.2. Op grond van deze verzekering ontving Consument, onder meer, een uitkering op basis van een arbeidsongeschiktheidsklasse 25-35% in verband met langdurige arbeidsongeschiktheid. Het uitkeringspercentage was 30 % op het na-eerstejaarsrisico. Aangeslotene heeft deze claim geregistreerd onder kenmerk [X] (hierna: claim [X]).

3.3. Consument heeft op 7 december 2011 aan Aangeslotene meegedeeld dat hij door schouderklachten niet meer kon werken. Aangeslotene heeft hierop bij brief van 19 december 2011 gereageerd met het verzoek een informatieformulier in te vullen zodat zij de claim in behandeling kan nemen. Aangeslotene heeft deze claim geregistreerd onder kenmerk [Y] (hierna: claim [Y]).

3.4. Op 5 januari 2012 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen de arbeidsdeskundige van Aangeslotene en Consument. De arbeidsdeskundige heeft Aangeslotene op 9 januari 2012 bericht over zijn bevindingen.

3.5. Bij brief van 31 januari 2012 heeft Aangeslotene, in verband met de behandeling van claim [X], Consument gevraagd om medische machtigingen te ondertekenen ten behoeve van het opvragen van informatie bij de huisarts. Aangeslotene heeft Consument bij brief van 9 februari 2012 over claim [X] bericht dat zij advies aan haar medisch adviseur heeft gevraagd waarna zij een definitief standpunt over de uitkering kan innemen.

3.6. Bij brief van 27 augustus 2012, met als referentie claim [X] en [Y], heeft Aangeslotene Consument bericht:

"Naar aanleiding van het rapport van de verzekeringsarts en het rapport van de arbeidsdeskundige berichten wij u nader over uw toegenomen arbeidsongeschiktheid.
U bent met terugwerkende kracht met ingang van 8 december 2011 ingedeeld in een hogere arbeidsongeschiktheidsklasse, namelijk 35-45 %. Hierbij hoort een uitkeringspercentage van 40 %.
Op het dossier [X] ontvangt u reeds een uitkering op het na-eerstejaarsrisico van uw polis. Dit uitkeringspercentage bedraagt ongewijzigd 30 %. Op het dossier [Y] kennen wij u conform artikel 14.2 van het Reglement Arbeidsongeschiktheidsverzekering AOV-4.1 een uitkering van 10% toe op het eerstejaarsrisico van uw polis. Conform voorgenoemd artikel van het reglement is op uw nieuwe melding de eigen-risicotermijn van 7 dagen van toepassing.
Wij hebben inmiddels uw arbeidsongeschiktheidsuitkering op deze nieuwe gegevens aangepast."

3.7. Aangeslotene heeft Consument bij brief van 5 november 2012 met referentie '[X] + [Y]' bericht:

"Naar aanleiding van het overleg met de medisch adviseur en de arbeidsdeskundige op 29 oktober 2012 kunnen wij u als volgt informeren.
Over de periode 8 december 2011 tot 1 mei 2012 zult u coulancehalve een uitkering ontvangen op basis van 50 %.
Op het dossier [Y] ontvangt u een uitkering van 10% op basis van het eerstejaarsrisico. Over de periode 8 december 2011 tot 1 mei 2012 zal dit opgehoogd worden naar een uitkeringspercentage van 20%. Op het dossier [X] ontvangt u ongewijzigd een uitkering op basis van 30%.
De aanvullende uitkering wordt samen met de uitkering over de maand november betaald."

3.8. Bij brief van 4 december 2012, met als referentie claim [X] en [Y] heeft Aangeslotene Consument bericht:

"Op 8 december 2012 bent u een jaar toegenomen arbeidsongeschikt en heeft u de maximum uitkeringstermijn voor het eerstejaarsrisico bereikt.
Met ingang van 8 december 2012 gaat uw uitkering in dossier [Y] over naar het na-eerstejaarsrisico in dossier [X]. Door de overgang naar het na-eerstejaarsrisico zal uw uitkering worden verlaagd. Het verschil in uitkering hangt samen met de hoogte van de door u verzekerde bedragen, te weten € 21.789,40 voor het eerste jaar en € 8.715,78 voor het na-eerstejaar.
Met ingang van 8 december 2012 ontvangt u alleen nog een uitkering op dossiernummer [X]. Het uitkeringspercentage bedraagt 40%. Het dossier [Y] zal dan worden gesloten."

Als bijlage bij die brief heeft Aangeslotene een specificatie van de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor claim [Y] gevoegd waarin per maand staat aangegeven op basis van welk percentage welk bedrag aan Consument is uitgekeerd.

4. De vordering en grondslagen

4.1. Consument vordert dat de claim die hij op 7 december 2011 bij Aangeslotene heeft gemeld door haar in behandeling wordt genomen en dat een aanvullende uitkering onder de verzekering wordt gedaan van € 1.923,-.

4.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:
- Claim [Y] is door Aangeslotene niet in behandeling genomen en Aangeslotene heeft het dossier ten onrechte gesloten. De claim is uiteindelijk, nadat Consument bij Aangeslotene naar de stand van zaken had geïnformeerd, op 10 mei 2012 alsnog in behandeling genomen. Aangeslotene heeft voor de behandeling van claim [Y] gebruik gemaakt van informatie uit het dossier behorende bij claim [X]. Claim [Y] is door Aangeslotene later samengevoegd met claim [X] terwijl dit twee verschillende claims zijn. Aangeslotene heeft de verschillende claims en de melding van de beëindiging van het bedrijf niet adequaat opgepakt.
- De arbeidsdeskundige heeft Consument bezocht op 1 februari 2012. Dit bezoek was ter beoordeling van claim [X]. Hoewel er bij het bezoek wel werd gesproken over de schouderklachten is claim [Y] niet ter sprake gekomen. Dat was pas na 10 mei 2012.

4.3. Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Claim [Y] is in behandeling genomen. De uitkering is later gedaan dan gebruikelijk omdat ten tijde van de melding van deze claim ook een discussie speelde over de vraag of de beëindiging van het bedrijf van Consument een gevolg was van zijn arbeidsongeschiktheid.
- Het arbeidsongeschiktheidspercentage in verband met de toegenomen arbeidsongeschiktheid is, op basis van verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek, vastgesteld op 10 % en Consument heeft, met terugwerkende kracht, vanaf 8 december 2011 een uitkering ontvangen op basis van het eerstejaarsrisico. Omdat Consument dit percentage te laag vond, heeft Aangeslotene, na overleg met haar medisch adviseur, besloten coulancehalve het aanvullend arbeidsongeschiktheidspercentage te verhogen naar 20 % over de periode 8 december 2011 tot 1 mei 2012. Per 8 december 2012 gold het na-eerstejaarsrisico waardoor voor claim [X] en [Y] hetzelfde verzekerde bedrag gold. De dossiers zijn toen samengevoegd onder claim [X] en het dossier van claim [Y] is gesloten.

5. Beoordeling

5.1. Aan de orde is de vraag of de claim die Consument in december 2011 op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft gemeld door Aangeslotene in behandeling is genomen.

5.2. Met de brief van 19 december 2011 heeft Aangeslotene Consument gevraagd een informatieformulier in te vullen en gemeld dat zij de claim die Consument in december 2011 heeft gemeld in behandeling heeft genomen onder kenmerk [Y]. Aangeslotene heeft bij brief van 27 augustus 2012 Consument bericht over de toegenomen arbeidsongeschiktheid vanaf 8 december 2011. De brief heeft, blijkens het kenmerk van die brief, betrekking op claim [X] en claim [Y]. Volgens die brief wordt voor de toegenomen

arbeidsongeschiktheid vanaf 8 december 2011 uitkering aan Consument gedaan. Bij brief van 5 november 2012 heeft Aangeslotene Consument bericht dat het uitkeringspercentage over de periode van 8 december 2011 tot 1 mei 2012 coulancehalve met 10 % is verhoogd. Deze brief heeft eveneens betrekking op zowel claim [X] als claim [Y]. Aangeslotene heeft Consument bij brief van 4 december 2012 bericht dat voor claim [Y] vanaf 8 december 2012 het na-eerstejaarsrisico geldt waardoor de verzekerde bedragen voor claim [X] en claim [Y] hetzelfde zijn. In die brief bericht Aangeslotene dat het dossier van claim [Y] zal worden gesloten. Aangeslotene verwijst in deze brieven dus uitdrukkelijk naar claim [Y] en heeft uiteengezet op basis van welk uitkeringspercentage aan Consument wordt uitgekeerd. Het is daarom naar het oordeel van de Commissie voldoende aannemelijk dat het standpunt van Consument dat claim [Y] door Aangeslotene niet in behandeling is genomen, niet gevolgd kan worden. Dit brengt mee dat Consument naast hetgeen hij ter zake claim [Y] reeds van Aangeslotene heeft ontvangen geen aanspraak kan maken op een aanvullende betaling van € 1.923,-, welk bedrag hij overigens tegenover de betwisting door Aangeslotene niet heeft onderbouwd.

5.3. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, wordt de vordering van Consument afgewezen. Al hetgeen partijen verder nog hebben gesteld, kan niet tot een andere beslissing leiden en zal 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.