RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/075 Med

i n d e k l a c h t nr. 2005.1026 (032.05)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft op 17 juni 2002 bij verzekeraar een kredietverzekering gesloten.

Het door klager ondertekende polisblad van de verzekering bevat een gezondheidsverklaring. Deze begint aldus: 'Verzekerde is ermee bekend dat de verzekering alleen kan worden afgesloten indien de navolgende vragen met neen beantwoord kunnen worden. Voor zover dit niet het geval is omdat er bepaalde ziekten of aandoeningen (hebben) bestaan en verzekerde de verzekering desalniettemin wenst af te sluiten, gaat hij/zij ermee akkoord dat de betreffende ziekte of aandoening van de dekking van de verzekering zal worden uitgesloten (conform artikel 6 lid 1 f van de polisvoorwaarden).'

Bij de na voormelde tekst volgende vraag: 'Bent u in de laatste 12 maanden onder medische behandeling geweest?' heeft klager 'neen' aangekruist.

De gezondheidsverklaring vermeldt verder: 'Verzekerde verklaart, mede gelet op de inhoud van artikel 251 Wetboek van Koophandel, dat de hiervoor gegeven antwoorden/verklaringen juist zijn en geen informatie te hebben verzwegen welke voor verzekeraar van belang kan zijn.'

Artikel 6 lid 1 aanhef en onder f van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden bepaalt: 'Er bestaat geen aanspraak op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd door (…) letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum dan wel wijzigingsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was'.

In een op 13 februari 2004 gedateerd aangifteformulier heeft klager aan verzekeraar meegedeeld dat hij met ingang van 22 augustus 2002 volledig arbeidsongeschikt is wegens leukemie. Verzekeraar heeft, na verkregen advies van zijn medisch adviseur, aan klager uitkering krachtens de verzekering ontzegd met een beroep op het bepaalde in artikel 6 lid 1 f van de verzekerings-

2005/075 Med

voorwaarden. Aanvankelijk was de afwijzing mede gebaseerd op een te late schademelding, maar in de latere correspondentie van de administrateur van verzekeraar en van verzekeraar zelf is laatstgenoemde afwijzingsgrond niet meer aan de orde gesteld.

De klacht

Klager heeft op 6 juni 2002 een bezoek gebracht aan zijn huisarts wegens lichte uitvalsverschijnselen. Op dat moment kon geen diagnose worden gesteld. Hij is gewoon blijven werken en heeft daarbij geen problemen gehad. Toen hij op 17 juni 2002 de verzekering afsloot had hij geen enkel vermoeden dat de lichte uitvalsverschijnselen waaraan hij op dat moment leed, uiting waren van de ernstige ziekte waaraan hij later zou blijken te lijden. Omdat de uitvalsverschijnselen aanhielden, is hij op 26 juni 2002 opnieuw naar de huisarts gegaan. Deze heeft hem toen, dus na het afsluiten van de verzekering, verwezen naar een neuroloog. Op 22 augustus 2002 is leukemie vastgesteld. Verzekeraar gaat er ten onrechte vanuit dat klager op 6 juni 2002 door zijn huisarts naar een neuroloog is doorverwezen.

Bij de hierboven onder Inleiding vermelde vraag op de gezondheidsverklaring is geen enkele toelichting opgenomen wat onder 'medische behandeling' moet worden verstaan. Klager wijst in dit verband op uitspraak Nr. 2000/53 Med van de Raad. Omdat verzekeraar onduidelijkheid heeft laten bestaan over wat hij onder ‘medische behandeling’ verstaat, heeft hij de mogelijkheid opengelaten dat een ieder, met een verschillende ontwikkeling en begrip van taal, daaraan een andere uitleg geeft. Klager wijst ook op het arrest van 16 mei 1986 van de Hoge Raad, NJ 1986/639, waaruit blijkt dat een gezondheidsvraag heel goed door een verzekeraar op het aanvraagformulier kan worden toegelicht en voorts blijkt dat niet ieder contact met een huisarts als een geneeskundige behandeling gezien kan worden. Klager behoefde de betreffende gezondheidsvraag in redelijkheid niet de betekenis toe te kennen die verzekeraar daaraan thans geeft.

Het standpunt van verzekeraar

De klacht betreft het volgende:

A) de afwijzing is gebaseerd op de aanname dat klager op 6 juni 2002 door zijn huisarts is doorverwezen naar een neuroloog, terwijl klager stelt dat hij pas op 26 juni 2002 is doorverwezen;

B) - de vragen op het polisblad zijn onduidelijk,
- de vragen zijn niet door verzekeraar toegelicht,
- verzekeraar heeft nagelaten andere vragen omtrent de gezondheid te stellen,
- de vragen moeten voor alle opleidings- en kennisniveaus begrijpelijk zijn,
- klager had lichte uitvalsverschijnselen en had daarvoor weliswaar zijn huisarts geraadpleegd, maar had geen vermoeden van de ernst van de ziekte waaraan hij zou blijken te lijden.

Daarom is klager van mening dat hij in redelijkheid aan de hierboven onder Inleiding vermelde vraag op de gezondheidsverklaring niet de betekenis behoefde toe te kennen die verzekeraar daaraan geeft.

Ad A. De medisch adviseur van verzekeraar heeft op 17 maart 2004 informatie van de huisarts van klager ontvangen. De huisarts vermeldt: ‘Sinds 6 juni 2002

parese. Toen eerste consult hierover. 26062002 door dermatoloog verwezen naar internist.' Omdat deze informatie geen volledige duidelijkheid verschafte over een mogelijk causaal verband tussen de parese en de later vastgestelde leukemie heeft de medisch adviseur een aanvullende vraag aan de huisarts gesteld. De huisarts bevestigde vervolgens niet alleen dat dit causaal verband bestaat, maar corrigeerde tevens zijn eerdere opgave in die zin dat hij op 6 juni 2002 klager niet heeft doorverwezen naar een dermatoloog maar naar een neuroloog.

Daarom heeft de medisch adviseur verzekeraar geadviseerd om de aanspraak van klager af te wijzen op grond van artikel 6 lid 1 f van de polisvoorwaarden omdat het voor toepassing van dit artikel noodzakelijke causaal verband hiermee was aangetoond. Dat klager volgens opgave van zijn huisarts al voor het afsluiten van de verzekering naar een neuroloog was verwezen versterkte dit standpunt alleen maar.

Klager persisteert ten onrechte in zijn opvatting dat het voor toepassing van artikel 6 lid 1 f relevant is of hij voor of na het afsluiten van de verzekering naar de neuroloog/dermatoloog is verwezen. Het gaat er primair om dat causaal verband bestaat tussen de tijdens de looptijd van de verzekering ontstane arbeidsongeschiktheid en de klachten die klager in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering reeds had en waarvoor normaliter een medische behandeling of diagnose vereist of noodzakelijk was.

Ad B. Verzekeraar wijst op het hierboven onder Inleiding vermelde in de gezondheidsverklaring. Blijkens het daarin vermelde: 'Verzekerde is ermee bekend (…)' dienen de gezondheidsvragen er uitsluitend toe de aspirant-verzekerde bewust te maken van de algemene uitsluiting in artikel 6 lid 1 f van de polisvoorwaarden. Verzekeraar heeft er bewust niet voor gekozen om de verzekerde uitsluitend naar de voorwaarden te verwijzen om te vernemen welke algemene uitsluitingen van toepassing zijn, maar de verzekerde door het stellen van enkele vragen hierbij te laten stilstaan.

Uit de door de medisch adviseur verkregen informatie van de huisarts blijkt dat klager, anders dan laatstgenoemde heeft verklaard, door de huisarts al op 6 juni 2002 naar de neuroloog is verwezen en op 26 juni 2002 door de neuroloog naar een internist. Bovendien waren de klachten in ieder geval van dien aard dat klager het raadzaam vond zijn huisarts te raadplegen.

Ook het standpunt van klager dat, omdat de diagnose pas later werd gesteld, op 6 juni 2002 door de huisarts in het geheel geen (werk)diagnose is gesteld, lijkt onhoudbaar.

De stelling van klager dat hij de vragen op het polisblad correct heeft beantwoord, doet, zeker nu gezien het voorgaande aan de correctheid van de beantwoording kan worden getwijfeld, niets af aan de werking van artikel 6 lid 1 f van de polisvoorwaarden.

In uitspraak Nr. 2000/53 Med oordeelde de Raad dat de betekenis die een verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen mag toekennen, afhangt van de zin die deze in de gegeven omstandigheden redelijkerwijs aan die vragen mag toekennen. De uitspraak betrof het geval dat de verzekerde niet gehouden was op een algemene vraag 'of zij klachten heeft of heeft gehad met betrekking tot haar gezondheid' daaronder tevens te begrijpen dat hiermee ook lichte klachten werden bedoeld die de verzekerde in een ver verleden heeft gehad en waarvan zij al jaren geen last meer had. In het geval van klager ligt dat anders, nu enerzijds de vraagstelling beperkt blijft tot de vraag of hij gedurende een relatief

zeer korte periode van 12 maanden onder medische behandeling is geweest (in casu 11 dagen) en anderzijds het doel van de vragen een geheel ander is.

Dat het doel van de vragen is het attenderen van de verzekerde op een belangrijke uitsluitingsgrond mag tevens blijken uit het feit dat verzekeraar zich niet op artikel 251 Wetboek van Koophandel heeft beroepen.

Ook het door klager genoemde arrest heeft niet de strekking die hij daaraan geeft. In die zaak hield een beroep op verzwijging geen stand omdat de gestelde vragen subjectief werden bevonden en de verzekerde naar het oordeel van de Hoge Raad deze vragen kon beantwoorden zoals hij had gedaan. Verzekeraar beroept zich echter op de algemene uitsluiting van artikel 6 lid 1 f van de polisvoorwaarden, terwijl de beantwoording van de vragen geen ander doel heeft dan het attenderen van de verzekerde op die uitsluiting.

Volgens klager is het begrip 'medische behandeling' onduidelijk en voor een ieder anders uitlegbaar. Het bezoeken van een arts wegens uitvalsverschijnselen kan echter niet anders uitgelegd worden dan het zich onder medische behandeling stellen. Klager geeft ook niet aan met welke andere intentie hij zijn huisarts dan heeft bezocht. Bovendien behoeft een behandeling niet noodzakelijk een actief handelen van de arts in te houden, de bekende term 'conservatieve behandeling' heeft juist als betekenis het niet-actief behandelen.

Voor een gemiddelde aspirant-verzekerde is de term 'medische behandeling' voldoende duidelijk en de betreffende vraag eveneens. Bovendien hebben de vragen geen ander doel dan het bewust maken van aspirant-verzekerden van de algemene uitsluiting. Immers indien een aspirant-verzekerde met bepaalde klachten de verzekering toch wenst af te sluiten gaat hij ermee akkoord en is hij zich ervan bewust dat voor deze klachten geen dekking bestaat.

Omdat verzekeraar een brede kring van verzekerden heeft met uiteenlopende achtergronden en kennisniveaus is het ondoenlijk en niet reëel om te verwachten dat hij zijn woordkeuze en vraagstelling voor alle kennisniveaus begrijpelijk maakt. De verzekering komt tot stand door bemiddeling van tussenpersonen, die in staat moeten worden geacht een voldoende uitleg ervan te geven.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat klager, omdat hij op 6 juni 2002 een bezoek heeft gebracht aan zijn huisarts wegens lichte uitvalsverschijnselen, in antwoord op de in de door klager ondertekende gezondheidsverklaring gestelde vraag: 'Bent u in de laatste 12 maanden onder medische behandeling geweest?' ten onrechte 'neen' heeft aangekruist. Verzekeraar heeft met een beroep op artikel 6 lid 1 aanhef en onder f van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aan klager uitkering ontzegd.
2. De Raad acht verdedigbaar het standpunt van verzekeraar dat het voormelde bezoek aan zijn huisarts voor klager aanleiding had moeten zijn de voormelde vraag niet met 'neen' te beantwoorden. Verdedigbaar is ook het standpunt van verzekeraar dat klager door dit bezoek aan zijn huisarts zich onder medische behandeling heeft gesteld. Verdedigbaar is voorts het standpunt van verzekeraar dat de betreffende vraag en de daarin voorkomende term 'medische behandeling' voldoende duidelijk zijn. Verdedigbaar is ook het besluit van verzekeraar, genomen op advies van zijn medisch adviseur, om

2005/075 Med

klager uitkering te ontzeggen, op de grond dat de parese ter zake waarvan deze zich op 6 juni 2002 tot zijn huisarts wendde een symptoom was van de op 22 augustus 2002 vastgestelde leukemie, zodat de tijdens de looptijd van de verzekering ingetreden arbeidsongeschiktheid van klager haar oorsprong vond in een in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering aanwezige ziekte. Verzekeraar heeft dan ook door met een beroep op artikel 6 lid 1 aanhef en onder f van de verzekeringsvoorwaarden aan klager uitkering te ontzeggen de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 14 november 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, dr. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)