Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0868

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. D. van der Linden, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	17 november 2023
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De commissie is van oordeel dat niet is gebleken dat de verzekeraar misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleids-vrijheid of dat hij in strijd met de wet heeft gehandeld door de verzekering met een clausule voor psychische klachten aan te bieden. Vordering afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 Op 24 maart 2023 heeft de consument een gezondheidsverklaring ingevuld in verband met de aanvraag van de Flexibele Arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'de verzekering'). Op de gezondheidsverklaring heeft de consument, voor zover relevant, gemeld dat hij de diagnose "ADD" (Attention Deficit Disorder) heeft, dat hij hiervoor eind 2018 de psycholoog heeft bezocht en sindsdien medicijnen gebruikt.

2.2 De medisch adviseur van de verzekeraar heeft op basis van de aanvraag van de consument medische gegevens opgevraagd bij de huisarts.

Op basis van die informatie heeft hij de verzekeraar geadviseerd om de verzekering alleen aan te bieden met een clausule voor psychische klachten en de verzekeraar heeft dit advies opgevolgd.

2.3 De consument heeft hiertegen protest aangetekend, waarna partijen met elkaar hebben gesproken. De verzekeraar heeft de gewraakte clausule evenwel in stand gehouden en dat heeft tot een klacht bij Kifid geleid.

De klacht en vordering

2.4 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte de verzekering heeft aangeboden met een uitsluitingsclausule voor psychische klachten. Hij moet zijn aanbod wijzigen door de clausule voor psychische klachten te verwijderen. Met de clausule handelt de verzekeraar in strijd met de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte ('Wgb/cz'), discriminatoir en onrechtmatig. Het onderscheid dat de verzekeraar maakt, is niet objectief gerechtvaardigd of (kwantitatief) onderbouwd. De consument heeft de diagnose ADD, maar nooit psychische klachten gehad. De uitsluiting voor psychische klachten is dan ook disproportioneel. De verzekeraar heeft nagelaten naar de situatie van de consument te kijken.

Het verweer

2.5 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Waar gaat het om?

3.1 De vraag die voorligt is of de verzekeraar ten onrechte de verzekering met een clausule voor psychische klachten heeft aangeboden. De commissie zal allereerst het beoordelingskader uiteenzetten en dit vervolgens toepassen op deze zaak. Dan zullen ook de grieven van de consument worden besproken.

Het beoordelingskader

3.2 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) over de waardering van het risico. Dit valt af te leiden uit een uitspraak van de Hoge Raad van 9 juni 2006.[1]

[1] ECLI:NL:HR:2006:AV9435, te vinden op www.rechtspraak.nl.

In dit arrest heeft de Hoge Raad in randnummer 3.4.2 overwogen dat het een verzekeraar vrijstaat om de grenzen te omschrijven waarbinnen hij bereid is dekking te verlenen. De Hoge Raad heeft dit herhaald in randnummer 3.4.2 van zijn arrest van 16 mei 2008.[2]

3.3 In eerdere uitspraken heeft de Geschillencommissie Kifid geoordeeld dat het de verzekeraar vrijstaat 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.[3]

3.4 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 ook uit vraag 2.3 van het Reglement Geschillencommissie Kifid vanaf 1 april 2022. Daarin staat dat Kifid klachten van een consument niet behandelt (lees: niet mag behandelen) als deze gaan over de weigering van een financiële dienstverlener om een overeenkomst te sluiten of uit te breiden. De uitzondering op deze regel is als de klacht is dat financiële dienstverlener misbruik heeft gemaakt van zijn contracteer- en beleidsvrijheid of heeft gehandeld in strijd met de wet.

Toepassing van het beoordelingskader

3.5 De consument vindt dat de verzekeraar discrimineert en in strijd met de Wgb/cz handelt. De commissie is van oordeel dat het aanbod van de verzekering met een clausule voor psychische klachten niet discriminatoir is. Het maken van onderscheid is niet gelijk aan discrimineren, daarvoor is nodig dat het maken van dat onderscheid niet gerechtvaardigd is. De clausule is ook niet in strijd met de Wgb/cz. In artikel 3 lid 2 van die wet staat:

> *"Het in deze wet neergelegde verbod van onderscheid geldt niet ten aanzien van indirect onderscheid indien dat onderscheid objectief gerechtvaardigd wordt door een legitiem doel en de middelen voor het bereiken van dat doel passend en noodzakelijk zijn."*

De verzekeraar heeft gemotiveerd dat hij een gerechtvaardigd belang heeft bij de clausule. Volgens zijn medisch adviseur is er een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid ten gevolge van psychische klachten. De verzekeraar heeft ook onderbouwd dat hij met een doel de verzekering met de gewraakte uitsluitingsclausule heeft aangeboden. Namelijk, als hij iedereen ongeacht de medische voorgeschiedenis blanco zou accepteren, zou dit gevolgen hebben voor de schadelast en daardoor zullen alle premies stijgen. Ook de premies van verzekerden met een laag of gemiddeld risico, waardoor zij zich niet meer bij de verzekeraar zullen verzekeren.

---

[2] ECLI:NL:HR:2008:BC2793, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[3] Zie GC Kifid 2018-352, 2019-1049, 2020-336, te vinden op www.kifid.nl.

3.6 De commissie volgt de verzekeraar in zijn verweer, omdat uit het bij haar bekende medische dossier naar voren is gekomen dat de consument behalve de diagnose ADD, onder behandeling is geweest bij een psycholoog en sinds 2018 het medicijn methylfenidaat gebruikt. De consument heeft zich eind 2018 bij zijn huisarts gemeld die hem naar een psycholoog heeft verwezen. De behandeling bij de psycholoog duurde van begin november 2018 tot eind februari 2019 en daar is vastgesteld dat sprake was van vermoeidheids- en stemmingsklachten door een concentratieprobleem en aandachttekort. Behalve de diagnose ADD zijn de behandeling en het medicijngebruik dan ook objectief vast te stellen. De commissie kan daarom niet concluderen dat de verzekeraar met willekeur van zijn bevoegdheid heeft gehandeld. Omdat de kans op verdwijning van de aandoening ADD niet aannemelijk is, is redelijk dat geen recht op herbeoordeling is aangeboden. De clausule voor psychische klachten kan het risico op door de verzekering te dekken arbeidsongeschiktheid door deze klachten verminderen en dient daarom een legitiem doel. Niet gesteld of gebleken is dat het doel op een andere wijze kan worden bereikt die voor de consument minder ingrijpend is. Dit brengt mee dat de clausule objectief gerechtvaardigd is en daarom niet in strijd met de wet.

Conclusie

3.7 De commissie concludeert dat niet is gebleken dat de verzekeraar bij de acceptatie van de consument in strijd heeft gehandeld met de wet of misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid. Hij hoeft de uitsluitingsclausule voor psychische klachten bij de aangeboden verzekering niet te verwijderen. De vordering van de consument wordt daarom afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl