Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0332
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. dr. K. Engel, drs. A. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 8 juli 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 9 april 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

De consument is arbeidsongeschikt geworden en heeft een beroep gedaan op zijn verzekering. De verzekeraar heeft de claim afgewezen, omdat de consument arbeidsongeschikt zou zijn door een oorzaak die onder een overeengekomen uitsluitingsclausule valt. Volgens de verzekeraar is sprake van cardiale en vasculaire pathologie als vermeld in de uitsluitingsclausule. De consument stelt dat deze uitsluitingsclausule niet is overeengekomen en, subsidiair, dat de oorzaak van zijn arbeids-ongeschiktheid niet onder de (tekst van de) uitsluitingsclausule valt. De commissie stelt de verzekeraar in het gelijk. De vordering van de consument wordt afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hierbij om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument; 4) de dupliek van de verzekeraar; 5) de aanvullende informatie van de consument en 6) de aanvullende informatie 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. De uitspraak is daarom bindend. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument, geboren in 1960, heeft via zijn tussenpersoon een Hypotheek Opvang Polis (hierna: 'de verzekering') aangevraagd bij de verzekeraar.

Bij de aanvraag van de verzekering heeft de consument op 22 februari 2005 een medische vragenlijst ingevuld, waarop hij onder meer heeft aangegeven dat hij 10 jaar geleden hartklachten heeft gehad en dat hij daarvoor jaarlijks onder controle staat bij de cardioloog. De verzekeraar heeft de consument als verzekerde geaccepteerd en de verzekering is op 6 juli 2005 ingegaan. Verzekerd is een maandbedrag van € 550,00. Op de verzekering zijn de voorwaarden 'HOP 0505' van toepassing.

2.2 Op 9 november 2018 heeft de consument een beroep gedaan op zijn verzekering, omdat hij per 20 januari 2015 arbeidsongeschikt is geworden vanwege TIA's, depressie en vasculaire dementie.

2.3 Bij brief van 23 juli 2019 heeft de verzekeraar de consument als volgt bericht:

> "**U hebt geen recht op een uitkering**
> We hebben uw claim beoordeeld en u hebt helaas geen recht op een uitkering voor uw arbeidsongeschiktheid. Dit leggen wij graag aan u uit.
>
> **Er is een clausule van toepassing op uw verzekering**
> U hebt uw verzekering op 22 februari 2005 afgesloten. Bij de aanvraag van uw verzekering hebt u een medische verklaring ingevuld. Hierin hebt u ons geïnformeerd over uw behandelingen voor hartklachten. Daarom hebben wij toen een medische clausule toegevoegd aan uw verzekering. Deze clausule maakt deel uit van de verzekeringsovereenkomst. U kunt deze clausule terugvinden op uw polisblad.
>
> In deze clausule staat vermeld dat klachten met betrekking tot cardiale en vasculaire pathologie alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan, gedurende de gehele looptijd van de verzekering zijn uitgesloten van dekking. Uw huidige arbeidsongeschiktheid wordt verklaard door TIA's en vasculaire dementie. Deze klachten vallen binnen de clausule. Daarom vallen uw huidige klachten niet binnen de dekking van uw verzekering."

2.4 De consument is het oneens met dit besluit. Partijen zijn er samen niet uitgekomen, reden waarom de consument een klacht heeft ingediend bij Kifid.

De klacht en vordering

2.5 De consument vordert uitkering per 20 juli 2016 vanwege zijn arbeidsongeschiktheid, vermeerderd met de wettelijke rente per 6 mei 2020. Ter onderbouwing van zijn vordering voert hij de volgende argumenten aan.

2.6 De consument stelt dat de uitsluitingsclausule waarop de verzekeraar een beroep doet, nooit is overeengekomen. Dit volgt volgens hem uit het door de verzekeraar aan hem toegestuurde polisblad van 2005, waar geen clausuleblad was bijgevoegd. Op zijn verzoek heeft de verzekeraar alsnog een polisblad met de uitsluitingsclausule overgelegd, maar dit polisblad is van 3 september 2019, terwijl de verzekering in 2005 is gesloten. De verzekeraar moet volgens de consument het originele polisblad uit 2005 overleggen.

2.7 In dit verband voert de consument ook het volgende aan. Ten tijde van het sluiten van de verzekering heeft hij het medisch vragenformulier naar eer en geweten ingevuld. Hij ging ervan uit dat de verzekeraar wist van zijn klachten en wist dat er een risico was dat hij als gevolg hiervan weer arbeidsongeschikt zou kunnen raken. Indien de gegeven medische informatie in 2005 aanleiding gaf om een uitsluitingsclausule te plaatsen, dan moet de verzekeraar de medische acceptatiebeslissing van 2005 overleggen. Als de verzekeraar dit niet meer heeft, komt dit volgens de consument voor zijn rekening en risico, want er geldt een bewaar- en administratieplicht. Zonder deze stukken is wat de consument betreft geen uitsluitingsclausule overeengekomen.

2.8 Het is volgens de consument niet aannemelijk dat, op basis van de medisch beschikbare informatie, een uitsluitingsclausule zou zijn geplaatst ten tijde van de acceptatiebeslissing. Ter onderbouwing heeft de vertegenwoordiger van de consument een medisch advies overgelegd. Bovendien stelt de consument dat als hij was geaccepteerd met de betreffende uitsluitingsclausule, hij dan voor een verzekering bij een andere verzekeraar had gekozen.

2.9 Zelfs indien de uitsluitingsclausule wel is overeengekomen, is er volgens de consument geen causaal verband tussen de klachten die de arbeidsongeschiktheid veroorzaken en de aandoeningen die worden genoemd in de uitsluitingsclausule.

Het verweer

2.10 De verzekeraar stelt dat hij de claim heeft mogen afwijzen, omdat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid onder de uitsluitingsclausule valt.

2.11 De verzekeraar stelt dat uit het polisblad van 2005 duidelijk volgt dat er een clausule is overeengekomen. Op het polisblad wordt expliciet verwezen naar het clausuleblad voor de clausule: “Clausule(s): Zie clausuleblad”. Indien geen clausule van toepassing zou zijn, zou er ‘n.v.t’ hebben gestaan. Dat de consument niet meer over het clausuleblad beschikt, maakt dit niet anders. Bovendien had het dan op de weg gelegen van de consument om in 2005 contact op te nemen met de verzekeraar en het clausuleblad alsnog op te vragen. Inmiddels is de verzekeraar overgegaan op een ander administratiesysteem, waardoor hij het originele ondertekende polisblad met het clausuleblad niet meer in zijn bezit heeft. Wel is een digitale uitdraai te geven van het polisblad uit 2005 met het clausuleblad, zoals de uitdraai van 3 september 2019. De verzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn standpunt verwezen naar een uitspraak van een kantonrechter uit 2013 in een vergelijkbare situatie.

2.12 Uit de informatie die bekend was bij het aangaan van de verzekering was de verzekeraar gerechtigd om destijds, conform een redelijk handelend verzekeraar, de consument te accepteren met een beperkende voorwaarde in de vorm van deze clausule op de polis.

2.13 De verzekeraar meent dat de huidige klachten die de arbeidsongeschiktheid veroorzaken, onder de uitsluitingsclausule vallen. De verzekeraar verwijst naar de medisch adviezen van zijn medisch adviseur. Die concludeert dat er een causaal verband is tussen de klachten en de clausule. Een TIA is een vernauwing van bloedvaten in de hersenen en zulke vasculaire klachten vallen onder de uitsluitingsclausule.

3. De beoordeling

3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de verzekeraar de uitkering heeft mogen afwijzen met een beroep op de uitsluitingsclausule.

3.2 Voor de beantwoording van deze vraag is allereerst van belang of partijen de uitsluitingsclausule zijn overeengekomen. Als komt vast te staan dat de uitsluitingsclausule is overeengekomen, moet de commissie beoordelen of de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid hieronder valt.

Is de uitsluitingsclausule overeengekomen?

3.3 Tussen partijen staat niet ter discussie dat een verzekeringsovereenkomst is gesloten, die op 6 juli 2005 is ingegaan. Wel verschillen partijen van mening over de vraag of de uitsluitingsclausule is overeengekomen. De consument stelt dat hij het clausuleblad nooit heeft ontvangen en overlegt ter onderbouwing van deze stelling het originele polisblad zonder het clausuleblad. De verzekeraar geeft aan dat hij het originele exemplaar niet meer in bezit heeft, maar overlegt het polisblad met het clausuleblad uit 2005, zoals opgenomen in zijn digitale administratie.

3.4 De commissie oordeelt dat op basis van de stukken in het dossier kan worden afgeleid dat partijen de uitsluitingsclausule zijn overeengekomen.

3.5 Ten eerste staat onderaan de door de consument overgelegde scan van het originele polisblad uit 2005 “Clausule(s): Zie clausuleblad”. Dit duidt erop dat er een clausule is overeengekomen. In dit verband vindt de commissie van belang dat de verzekeraar heeft aangetoond dat als er géén clausule was overeengekomen, er “Clausule(s): n.v.t.” op het polisblad zou hebben gestaan. Ter onderbouwing van deze stelling heeft de verzekeraar een geanonimiseerd polisblad ingediend waarop geen clausule van toepassing is.

3.6 Ten tweede is het volgende van belang. Hoewel de verzekeraar om administratieve redenen niet meer het originele polisblad kan overleggen, heeft hij wel een uitdraai gegeven van het digitaal bewaarde polisblad met het clausuleblad, waarop is aangegeven dat een clausule van toepassing is en wat de inhoud van de clausule is. Dat de datum 3 september 2019 op het uitgedraaide polisblad staat vermeld, maakt niet dat de commissie twijfelt dat dit het polisblad (incl. het clausuleblad) uit 2005 is.

De stelling van de verzekeraar dat 3 september 2019 de printdatum is, is geloofwaardig. Dat blijkt ook uit een latere uitdraai van 12 december 2019. De consument heeft dit ook niet betwist.

3.7 Tot slot is het op grond van de antwoorden die de consument in 2005 bij het sluiten van de verzekering heeft gegeven op de medische vragen van de verzekeraar, te weten dat hij 10 jaar geleden hartklachten heeft gehad waarvoor hij jaarlijks onder controle staat bij een cardioloog, hiervoor diverse medicatie gebruikt en rookt, voldoende aannemelijk dat dit heeft geleid tot het plaatsen van een uitsluitingsclausule.

3.8 Uit het voorgaande volgt naar het oordeel van de commissie genoegzaam dat de verzekeraar en de consument een uitsluitingsclausule zijn overeengekomen en dat de tekst van de uitsluitingsclausule luidt als gesteld door de verzekeraar, te weten als volgt:

> "Verzekerde 1 is geaccepteerd voor alle aandoeningen conform de definitie van ziekte, ongeval en ernstige aandoeningen (indien van toepassing) van de algemene verzekeringsvoorwaarden met uitsluiting van een schade waaruit een schademelding voortvloeit als gevolg van de door hem of haar bij de aanvraag van de verzekering aangegeven aandoening(en), inclusief (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen daarvan.
>
> Verzekeraar(s) is/zijn bereid bovenstaande uitgesloten aandoening(en) opnieuw te beoordelen, indien verzekerde 1 op het moment van schade onweerlegbaar aantoont dat er, gedurende een periode van 60 maanden, te rekenen vanaf de datum waarop de betreffende aandoening(en) zich voor het laatst aantoonbaar heeft/hebben voorgedaan, geen openbaring en/of recidive van deze aandoening(en) heeft plaatsgehad en hij of zij gedurende deze periode voor deze aandoening(en) geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben.
> Echter is voor verzekerde 1 arbeidsongeschiktheid als gevolg van cardiale en vasculaire pathologie alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan gedurende de gehele looptijd van de verzekering uitgesloten.
>
> Dit clausuleblad maakt onderdeel uit van de polls en geldt boven hetgeen vermeld is op het polisblad.
>
> Dit clausuleblad geldt boven eventueel eerder afgegeven clausulebladen behorende bij dezelfde polis.
>
> Indien een clausule een dekkingsbeperking vormt, dan gaat deze boven hetgeen vermeld is in de algemene verzekeringsvoorwaarden."

Valt de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid onder de clausule?

3.9 Nu is komen vast te staan dat de voormelde uitsluitingsclausule tussen partijen is overeengekomen, moet de commissie beoordelen of de oorzaak van de huidige arbeids-ongeschiktheid van de consument onder de clausule valt. De commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt hiertoe het volgende.

3.10 Naar het oordeel van de commissie heeft de medisch adviseur van de verzekeraar in haar medische adviezen goed onderbouwd waarom de consument op grond van de uitsluitingsclausule geen recht heeft op uitkering. De oorzaak van zijn arbeidsongeschiktheid is immers aan te merken als cardiale en vasculaire pathologie. Uit de medische informatie volgt dat de consument is uitgevallen vanwege vasculaire dementie, met op meerdere plaatsen lacunaire herseninfarcten bij hypertensie. Hypertensie veroorzaakt vaatlijden, hetgeen kan leiden tot verstoppingen in de bloedvaten. Dit leidt vervolgens tot zuurstoftekort en weefselsterfte. Feitelijk is nu dus hetzelfde gebeurd als bij het eerdere hartinfarct alleen in een ander orgaan, namelijk de hersenen. Vaatlijden beperkt zich niet tot één orgaan. Het is een gegeneraliseerd lijden en het tast de vaten op meerdere plaatsen meer of minder aan. Zo ook bij betrokkene, gezien zijn eerdere hartinfarct, CVA en afsluiting van een oogslagader. Het proces verloopt overal in het lichaam hetzelfde, maar dit hoeft niet gelijktijdig te gebeuren. Kort gezegd komt het erop neer dat het bloedvat, aangetast door een hoge bloeddruk, dichtslibt met als gevolg zuurstoftekort en het afsterven van weefsel, waardoor, afhankelijk van de locatie, sprake is van verlies van hartspierweefsel (hartinfarct), hersenweefsel (CVA en/of bij geleidelijke uitval dementie), oog (netvliesuitval) of grote vaten (afstervende tenen). Bij de een zal dit minder uitgesproken plaatsvinden dan bij de ander en soms ook alleen latent aanwezig zijn.

3.11 De consument heeft de stelling van de verzekeraar onvoldoende gemotiveerd betwist. Hij heeft enkel gesteld dat de vasculaire dementie niet onder de clausule valt en daarbij verwezen naar het medisch advies van zijn vertegenwoordiger. De medisch adviseur concludeert weliswaar dat de vasculaire dementie niet noodzakelijkerwijs onder de clausule valt, maar heeft nagelaten om te onderbouwen dat er geen sprake is van een medisch causaal verband, dan wel aan te geven waarom de conclusie van de medisch adviseur van de verzekeraar onjuist is.

3.12 De stelling van de consument dat in 2005 ook een premieverhoging afgesproken had kunnen worden in plaats van een uitsluitingsclausule, kan onbesproken blijven, omdat is komen vast te staan dat partijen in 2005 een uitsluitingsclausule zijn overeengekomen. De verzekeraar mag de consument aan deze clausule houden, gelet op het beginsel van de contractsvrijheid. Het criterium van de redelijk handelend verzekeraar speelt in deze zaak geen rol: de consument wordt geen schending van de precontractuele mededelingsplicht verweten.

Conclusie

3.13 De klachten die de oorzaak zijn van de arbeidsongeschiktheid, vallen onder de overeengekomen uitsluitingsclausule. De consument heeft dus geen recht op uitkering onder de verzekering. De klacht van de consument is ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening wanneer wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak, zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.