Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-210 d.d. 26 mei 2014
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. E.M. Dil-Stork en dr. B.C. de Vries, leden en mr. M. van Pelt, secretaris)

Samenvatting

Consument heeft een beroep gedaan op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering vanwege zijn diabetesklachten. Naar het oordeel van de Commissie is uit de medische informatie voldoende gebleken dat Consument in de periode van 1 november 2012 tot 18 februari 2013 dermate hinder ondervond van zijn diabetesklachten, dat hij ongeschikt was tot het verrichten van werkzaamheden. De Commissie stelt bovendien vast dat Consument voor zijn diabetesklachten niet is onderzocht door een medisch adviseur of verzekeringsarts van Aangeslotene. De vordering wordt toegewezen.

Consument,

tegen

TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, hierna te noemen Aangeslotene.

1. Procedure

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:
- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het verzoek tot geschilbeslechting van Consument, met bijlagen, ontvangen op 8 oktober 2013;
- het verweerschrift van Aangeslotene, met bijlagen;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna: de Ombudsman) niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen het advies van de Commissie als bindend zullen aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 31 maart 2014 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering, het TAF Zelfstandigenplan, (hierna: de Verzekering) bij Aangeslotene gesloten met als ingangsdatum 1 november 2008. Het verzekerde maandbedrag bedraagt € 2.500,-. De wachttijd bij arbeidsongeschiktheid is 30 dagen. Als dekkingscode staat op de verzekeringspolis vermeld: "Basis/passend/35%".

2.2 Op deze Verzekering zijn van toepassing de polisvoorwaarden QL ZSP 08-2011 A (hierna: de Voorwaarden). In deze Voorwaarden staat voor zover relevant het volgende.

"6. Arbeidsongeschiktheid

6.1 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid is arbeidsongeschiktheid aanwezig indien de verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend op medische gronden vast te stellen en naar objectief te meten gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval, conform de gekozen uitkeringsdrempel, ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. (…)

7. Uitkeringsdrempel

(…)

7.2 Uitkeringsdrempel 35% of meer

Er bestaat recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage 35% of meer bedraagt, met aftrek van de gekozen wachttijd."

2.3 Op 10 november 2012 heeft Consument een schadeaangifteformulier bij Aangeslotene ingediend in verband met arbeidsongeschiktheid per 1 november 2012 wegens diabetes.

2.4 Internist X schrijft in zijn brief van [datum van de brief] aan de huisarts onder meer het volgende.

"Conclusie

De diabetes is niet goed geregeld. Daarom heb ik aanvullende adviezen gegeven."

2.5 In het huisartsenjournaal betreffende Consument staat op [datum] genoteerd. "bij dr X geweest: al vanaf begin DM niet goed geregeld, vanuit het niets hoge of lage suikers. Onrust hierdoor, spanningen op werk en in relatie, […] suikers niet goed geregeld, schieten op en neer, zomaar zonder dat hij wat doet. Lichaam hier mgl erg moe van. Op werk heeft hij black-out, kan zich niet concentreren. Kan zo een hele dag niet goed gaan. hij heeft een eigen bedrijf, andere dingen schuift hij dan vooruit. Krijgt werk niet af."

2.6 Consument is voor een second opinion bij internist dr. Y geweest. Die schreef in zijn brief van [datum] aan de huisarts onder meer het volgende.

"Conclusie:

1. Duidelijk onvoldoende glucoseregulatie met een HbA1c van 76 mmol/mol.
2. Opvallend grote spreiding in glucosewaarden.
3. Geen tekenen van [van] diabetische retinopathie of nefropathie.
4. Cave NSAID's als mogelijkheid van pijnbestrijding.
5. Neurologische evaluatie is gaande in verband met lage rugklachten.

Bespreking:
Op basis van bovenstaande bevindingen vindt op korte termijn begeleiding plaats via ons diabetesteam waarbij ook de glucosesensing zal worden toegepast. Patiënt zal worden geïnformeerd over de mogelijkheid van insulinepomptherapie. De kans bestaat dat er gestart zal worden met continue subcutane insuline infusie."

3. Geschil

3.1 Consument vordert dat Aangeslotene dekking verleent op grond van de Verzekering door hem de maanden waarin hij ziek was een uitkering te verschaffen. Hij heeft zich per 1 november 2012 ziek gemeld en is begin juli 2013 weer begonnen met de opbouw van zijn werkzaamheden. Ter zitting heeft hij bevestigd dat hij vanaf 18 februari 2013 tot aan de werkhervatting een uitkering heeft ontvangen wegens arbeidsongeschiktheid door herniaklachten. De vordering betreft thans nog de periode van 1 november 2012 tot 18 februari 2013. Op grond van de Verzekering vordert hij € 2.500,- per maand voor die periode.

3.2 Aan deze vordering legt hij ten grondslag dat Aangeslotene gehouden is op grond van de Verzekering en artikel 7.2 van de Voorwaarden een uitkering te verstrekken. Consument is vanwege diabetesklachten per 1 november 2012 volledig arbeidsongeschikt geraakt. Hij had last van black-outs en oververmoeidheid waardoor hij niet in staat was zijn werkzaamheden uit te voeren. Het betreft een arbeidsongeschiktheid van meer dan 35%, waardoor er op grond van de Verzekering recht op uitkering bestaat.

3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd. Consument kan geen aanspraak maken op de Verzekering, omdat geen sprake is van een arbeidsongeschiktheid van meer dan 35% met betrekking tot de diabetesklachten. Subsidiair voert Aangeslotene aan dat op de claim op basis van de Verzekering een wachttijd van 30 dagen van toepassing is. Als de claim al gegrond zou zijn, dan heeft Consument pas recht op een uitkering vanaf 4 december 2012. Bovendien is vanaf 18 februari 2013 met betrekking tot herniaklachten van Consument uitgekeerd op grond van de Verzekering. De vordering gaat derhalve over de periode van 4 december 2012 tot 18 februari 2013, dus twee en een halve maand.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Aangeslotene gehouden is dekking te verlenen op grond van de Verzekering. Op grond van artikel 6 van de Voorwaarden heeft Consument recht op een uitkering wanneer hij rechtstreeks en uitsluitend op medische gronden vast te stellen en naar objectief te meten gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval, ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Op grond van artikel 7 van de Voorwaarden heeft Consument recht op een uitkering zodra en zolang het arbeidsongeschiktheidspercentage 35% of meer bedraagt.

4.2 Naar het oordeel van de Commissie is uit de medische informatie voldoende gebleken dat Consument in de periode van 1 november 2012 tot 18 februari 2013

dermate hinder ondervond van zijn diabetesklachten, dat hij ongeschikt was tot het verrichten van werkzaamheden. De Commissie stelt allereerst vast dat Consument voor zijn diabetesklachten niet is onderzocht door een medisch adviseur of verzekeringsarts van Aangeslotene. De medisch adviseur of verzekeringsarts van Aangeslotene baseert zich derhalve uitsluitend op dezelfde medische informatie als die bekend is bij de Commissie. Verder wordt in aanmerking genomen dat beide hiervoor genoemde internisten bij Consument (een ernstige vorm van) diabetes hebben geconstateerd. Consument werd daardoor geconfronteerd met black-outs en door de zeer wisselende bloedwaarden en wisselende suikerspiegel had hij last van slaperigheid en een slechte concentratie. Sinds april 2013 ging het pas weer beter met Consument toen hij gebruik ging maken van een insulinepomp. De Commissie oordeelt dan ook dat in de periode tussen 1 november 2012 en 18 februari 2013 sprake is geweest van een arbeidsongeschiktheid die zij taxeert op meer dan 35%. Aangeslotene beroept zich terecht op de overeengekomen wachttijd van 30 dagen. De Commissie neemt daarbij in aanmerking dat een wachttijd van 30 dagen – anders dan Aangeslotene stelt – betekent dat het uitkeringsrecht van Consument aanvangt op 1 december 2012. De vordering zal derhalve worden toegewezen voor de periode van 1 december 2012 tot 18 februari 2013.

4.3 De Commissie begroot de vordering van Consument als volgt. Voor de maanden december en januari heeft Consument recht op € 2.500,- per maand. Voor de maand februari heeft Consument recht op een bedrag van € 2.500,- minus het voor die maand reeds uitgekeerde bedrag van € 982,14 is € 1.517,86. Bij elkaar komt dit neer op een bedrag pro resto van € 6.517,86.

4.4 Nu Consument in het gelijk wordt gesteld, dient Aangeslotene tevens het door Consument betaalde klachtgeld ad € 50,- voor de behandeling van dit geschil aan Consument te vergoeden.

4.5 Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

5. Beslissing

De Commissie beslist bij bindend advies dat Aangeslotene binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument vergoedt een bedrag van € 6.567,86.

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.