

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-417  
(mr. A. Vink, voorzitter, mr. dr. S.H. Bakkerus, lid, drs. M. Keus, arts en  
mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 11 augustus 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Breda,  
verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 11 juli 2018  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Consument heeft in februari 2008 bij Verzekeraar een Certificaat Zeker Lenen Comfortverzekering gesloten met een dekking voor arbeidsongeschiktheid. In april 2008 heeft Consument een hartinfarct gehad waarna hij is gedotterd en bij hem een stent is geplaatst. Na twee weken arbeidsongeschiktheid is Consument weer volledig aan het werk gegaan. In juni 2012 heeft Consument opnieuw een hartinfarct gehad. Verzekeraar heeft Consument hierna bericht dat hij geen aanspraak kan maken op een uitkering omdat hij 3 maanden na de ingangsdatum van de verzekering is behandeld voor de aandoening als gevolg waarvan hij thans arbeidsongeschikt is geworden. De Commissie stelt voorop dat het begrip ‘gebeurtenis’ in de algemene voorwaarden niet nader wordt uitgelegd of gedefinieerd. De Commissie neemt daarom bij de uitleg daarvan als uitgangspunt de betekenis in het normaal spraakgebruik. Met ‘gebeurtenis’ wordt normaal gesproken bedoeld op een specifieke wijziging in een stand van zaken en niet op de achterliggende oorzaken daarvan. Tegen die achtergrond kan de ruime uitleg van Verzekeraar van artikel 24, sub b niet worden gevolgd. Consument heeft in het licht van de normale betekenis van het woord ‘gebeurtenis’, artikel 24 sub b van de algemene voorwaarden immers redelijkerwijs aldus kunnen en mogen opvatten als het concrete voorval dat aanleiding geeft tot de arbeidsongeschiktheid, dit is het hartfalen. Hij hoefde bij gebreke van een nadere definitie niet te begrijpen dat Verzekeraar daarmee kennelijk het oog had op de onderliggende oorzaken van het concrete voorval dat aanleiding geeft tot de arbeidsongeschiktheid, zijnde het coronair lijden. Dit betekent dat in dit geval de aanspraak op uitkering voortvloeit of verband houdt met de hartklachten zoals die zich in juni 2012 hebben voorgedaan en deze gebeurtenis zich dus niet binnen drie maanden na de ingangsdatum van de verzekering heeft voorgedaan. Het beroep van Verzekeraar op de dekkingsuitsluiting ex artikel 2.4 sub b van de algemene voorwaarden van deze verzekering, wordt verworpen. Volgt toewijzing vordering.

## **I. Procesverloop**

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- het door Consument ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 1 november 2017 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1. Consument heeft per 11 februari 2008 bij Verzekeraar een Certificaat Zeker Lenen Comfortverzekering afgesloten met een dekking voor arbeidsongeschiktheid. Op de verzekering zijn van toepassing de voorwaarden ZLC0807 (hierna: verzekeringsvoorwaarden). Hierin is onder andere het volgende opgenomen:

*“Bijzondere bepalingen*

*(...)*

*Artikel 24*

*Geen recht op uitkering bestaat indien:*

*(...)*

*b. de aanspraak op uitkering voortvloeit of verband houdt met een gebeurtenis die zich binnen 3 maanden na de ingangsdatum van deze module heeft voorgedaan. (...)*”

- 2.2. In april 2008 heeft Consument een hartinfarct gehad waarna hij is gedotterd en bij hem een stent is geplaatst. Na twee weken arbeidsongeschiktheid is Consument weer volledig aan het werk gegaan.
- 2.3. In juni 2012 heeft Consument opnieuw een hartinfarct gehad waarbij in een andere kransslagader op twee plaatsen een stent is geplaatst.
- 2.4. Bij brief van 28 mei 2015 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij geen aanspraak kan maken op een uitkering uit hoofde van deze verzekering. Consument is binnen 3 maanden na de ingangsdatum van de verzekering van 11 februari 2008 behandeld voor de aandoening als gevolg waarvan hij thans arbeidsongeschikt is geworden. Op grond van artikel 24 sub b verzekeringsvoorwaarden biedt de verzekering dan geen dekking.
- 2.5. Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar waarbij deze diens afwijzend standpunt heeft gehandhaafd, is het over dat standpunt dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

## **3. Vordering, klacht en verweer**

*Vordering Consument*

- 3.1. Consument vordert dat Verzekeraar hem alsnog vanaf 12 juli 2012 een uitkering uit hoofde van deze verzekering toekent voor zijn arbeidsongeschiktheid als gevolg van zijn hartklachten. Consument vordert tevens vergoeding van de wettelijke rente en de buitengerechterlijke incassokosten conform het gelijknamige Besluit.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2. Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.

Verzekeraar is toerekenbaar te kort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering door hem een uitkering uit hoofde van deze verzekering te ontzeggen voor zijn arbeidsongeschiktheid die in juni 2012 is ontstaan als gevolg van nieuwe hartklachten.

Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- De hartklachten die Consument sinds juni 2012 ervaart, houden geen verband met de hartklachten die Consument in 2008 had. De aanspraak op uitkering vloeit niet voort en houdt geen verband met een gebeurtenis die zich binnen 3 maanden na de ingangsdatum van de verzekering heeft voorgedaan. Verzekeraar komt dan ook geen beroep toe op artikel 24 sub b van de algemene voorwaarden.
- Consument heeft hiertoe aangevoerd dat onder 'gebeurtenis' niet de onderliggende oorzaak van het hartfalen, t.w. het coronair lijden, moet worden verstaan maar de manifestatie van die ziekte, het hartfalen. Dat is immers de meest dichtbij gelegen oorzaak, zijnde het voorval dat heeft geleid tot de (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid van Consument en waarvoor hij een beroep op deze verzekering heeft gedaan.
- Het hanteren van de wachttermijn is gelegen in het bestrijden van misbruik en adverse selectie. Het hartinfarct dat Consument in 2008 overkwam was een gebeurtenis die Consument niet behoefde te verwachten en in zoverre vergelijkbaar met een ongeval.
- Op het moment dat Consument zijn hartklachten kreeg waren er reeds 4 maanden na de aanvraag van de verzekering verstreken. In redelijkheid komt Verzekeraar ook om die reden geen beroep toe op artikel 24 sub b van de algemene voorwaarden.

#### *Verweer Verzekeraar*

3.3. Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.

- De hartklachten in 2012 en de daaruit voortvloeiende arbeidsongeschiktheid kunnen niet los worden gezien van de hartklachten die in 2008 zijn ontstaan. Deze staan dan ook in medisch verband met elkaar. Ingevolge artikel 24 sub b van de bijzondere bepalingen bij arbeidsongeschiktheid, zoals opgenomen in de algemene voorwaarden van deze verzekering, kan Consument geen rechten aan deze verzekering ontleen omdat de dekking daarvoor ontbreekt.
- Het is het onderliggende coronair lijden dat moet worden aangemerkt als de 'gebeurtenis' in de zin van deze bepaling. Dat is immers de oorzaak van het hartfalen. Er is sprake van een doorlopend met elkaar verband houdend gebeuren dat zich manifesteert in de vorm van hartfalen. Het gaat echter om de dieper gelegen oorzaak en dat is de ziekte zelf, het coronair lijden.
- Consument heeft een medische voorgeschiedenis als het gaat om zijn hartklachten. Daarmee is van een ongeval geen sprake.
- Na het indienen van de klacht door Consument bij Kifid heeft Verzekeraar op grond van nieuw opgevraagde informatie geconcludeerd dat Consument al vanaf 2005 bekend was met ernstige hypertensie bij een fors overgewicht. Dat geeft een verhoogd risico in de toekomst. In de opvatting van Verzekeraar leed Consument op de ingangsdatum van deze verzekering in februari 2008 dan ook aan klachten waarvoor hij later de huisarts bezocht. Er is dus sprake van een reeds bestaande aandoening.

Ingevolge het bepaalde onder artikel 24 e van de bijzondere bepalingen van deze verzekering, bestaat geen recht op uitkering. Ter zitting heeft Verzekeraar erkend dat het alsnog aanvoeren van deze afwijzingsgrond in strijd is met een goede procesorde, reden waarom hij deze afwijzingsgrond heeft verlaten.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1. Aan de orde is de vraag of Verzekeraar zich tegenover Consument op het standpunt mocht stellen dat hij geen recht op uitkering heeft op grond van het bepaalde onder artikel 24 sub b van de verzekeringsvoorwaarden van deze verzekering.
- 4.2. Partijen verschillen van mening over de uitleg van vornoemd bepaling, meer in het bijzonder over de vraag wat als 'gebeurtenis' in de zin van deze bepaling heeft te gelden. Consument heeft aangevoerd dat onder het begrip 'gebeurtenis' niet de onderliggende oorzaak van zijn hartklachten, t.w. het coronair lijden, moet worden verstaan maar de manifestatie van die ziekte, dat wil zeggen zijn hartklachten zoals die zich in juni 2012 hebben voorgedaan. Dat is immers de dichtstbij gelegen oorzaak, zijnde het voorval dat heeft geleid tot de (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid van Consument en waarvoor hij een beroep op deze verzekering heeft gedaan. Verzekeraar heeft betwist dat het begrip 'gebeurtenis' op deze wijze moet worden uitgelegd. In zijn opvatting is de gebeurtenis het onderliggende coronair lijden, de oorzaak van de hartklachten en de manifestatie daarvan. Er is sprake van een doorlopend met elkaar verband houdend gebeuren dat zich af en toe manifesteert in de vorm van hartklachten. De gebeurtenis waaruit de aanspraak op uitkering voortvloeit of waarmee zij verband houdt is de dieper gelegen oorzaak en dat is de ziekte zelf, het coronair lijden.
- 4.3. De Commissie overweegt het navolgende. De vraag welke betekenis aan een contractuele bepaling moet worden gehecht moet worden beantwoord aan de hand van de Haviltex-maatstaf. Daarbij komt het aan op de zin die partijen bij de totstandkoming van de overeenkomsten in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan elkaars verklaringen en gedragingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten. Daarbij kan mede van belang zijn tot welke maatschappelijke kringen partijen behoren en welke rechtskennis van zodanige partijen kan worden verwacht. Vast staat dat tussen partijen over de inhoud van de voorwaarden niet is onderhandeld. De voorwaarden zijn door Verzekeraar opgesteld om telkens te worden gebruikt bij het sluiten van soortgelijke overeenkomsten. De daarin gebezigde bewoordingen, gelezen in het licht van de aannemelijkheid van de rechtsgevolgen waartoe de onderscheiden, op zichzelf mogelijke tekstinterpretaties zouden leiden, zijn daarom redengevend voor de gerechtvaardigde verwachtingen die partijen in de gegeven omstandigheden van het geval over en weer aan de gebezigde bewoordingen konden ontlenen. Daarbij geldt in zijn algemeenheid dat een dekkingsuitsluiting, zoals in onderhavig geval, naar haar aard beperkt moet worden uitgelegd; een dergelijke beperkte uitleg strookt met het doel van de verzekering en het risico waartegen de verzekering dekking biedt.

Verder geldt dat aan de bewoordingen waarin het beding is gesteld in beginsel de meest voor de hand liggende betekenis moet worden toegekend (*ECLI:NL:GHAMS:2015:5428 en Geschillencommissie Kifid 18 augustus 2016, 2016-374*).

- 4.4. De Commissie stelt voorop dat het begrip ‘gebeurtenis’ in de algemene voorwaarden niet nader wordt uitgelegd of gedefinieerd. De Commissie neemt daarom bij de uitleg daarvan als uitgangspunt de betekenis in het normaal spraakgebruik. Met ‘gebeurtenis’ wordt normaal gesproken bedoeld op een specifieke wijziging in een stand van zaken en niet op de achterliggende oorzaken daarvan. Tegen die achtergrond kan de ruime uitleg van Verzekeraar van artikel 24, sub b niet worden gevolgd. Consument heeft in het licht van de normale betekenis van het woord ‘gebeurtenis’, artikel 24 sub b van de algemene voorwaarden immers redelijkerwijs aldus kunnen en mogen opvatten als het concrete voorval dat aanleiding geeft tot de arbeidsongeschiktheid, dit is het hartfalen. Hij hoefde bij gebreke van een nadere definitie niet te begrijpen dat Verzekeraar daarmee kennelijk het oog had op de onderliggende oorzaken van het concrete voorval dat aanleiding geeft tot de arbeidsongeschiktheid, zijnde het coronair lijden. Dit betekent dat in dit geval de aanspraak op uitkering voortvloeit of verband houdt met de hartklachten zoals die zich in juni 2012 hebben voorgedaan en deze gebeurtenis zich dus niet binnen drie maanden na de ingangsdatum van de verzekering heeft voorgedaan.
- 4.5. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het beroep van Verzekeraar op de dekkingsuitsluiting ex artikel 2.4 sub b van de algemene voorwaarden van deze verzekering, wordt verworpen. De vordering van Consument tot het verlenen van dekking komt voor toewijzing in aanmerking. De vordering van Consument tot vergoeding van de buitengerechtigde incassokosten komt bij gebreke van elke nadere feitelijke onderbouwing, niet voor toewijzing in aanmerking.

## **5. Beslissing**

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, alsnog vanaf 12 juli 2012 aan Consument een uitkering uit hoofde van deze verzekering toekent voor zijn arbeidsongeschiktheid als gevolg van zijn hartklachten, te vermeerderen met de wettelijke rente, telkens vanaf de dag van de opeisbaarheid van de desbetreffende uitkering(en) op grond van de verzekeringsvoorwaarden tot aan de dag der toewijzing en wijst het meerdere af.

*In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 [www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld](http://www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld).*

*U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.*