

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-459
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger en J.H. Paulusma-de Waal RGA,
leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 9 mei 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Vivat Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. Reaal Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Amstelveen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 24 juli 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft zich met een e-mailbericht van 9 februari 2016 tot Verzekeraar gewend met het verzoek hem te ondersteunen door hem coaching en begeleiding aan te bieden. Op 13 september 2016 heeft Consument zich bij Verzekeraar per 1 januari 2016 arbeidsongeschikt gemeld. Verzekeraar is niet tot uitkering overgegaan omdat hij zich op het standpunt stelt dat Consument de arbeidsongeschiktheid te laat heeft gemeld waardoor zijn recht op uitkering is komen te vervallen. Consument stelt dat het op de weg van Verzekeraar lag om na zijn verzoek op 9 februari 2016 aan Consument te vragen of wederom sprake was van arbeidsongeschiktheid. Consument bevond zich vóór september 2016 in de ontkenningsfase. Dat hoort bij het ziektebeeld. Volgens Consument is Verzekeraar niet in een redelijk belang geschaad omdat hij zich vrijwel direct onder behandeling heeft gesteld. Verzekeraar heeft toegelicht dat het e-mailbericht van 9 februari 2016 geen melding betreft en waarom hij in zijn belangen is geschaad. De Commissie oordeelt dat de melding te laat is gedaan en hier geen rechtvaardigheidsgronden voor zijn en dat Verzekeraar belang had bij een eerdere melding. Vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de ter zitting door Consument overgelegde pleitnotities; en
- de ter zitting namens Verzekeraar overgelegde pleitnotities.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 9 mei 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft met ingang van 25 april 2006 bij Verzekeraar een beroepsarbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten.
- 2.2 In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden ‘UNIM-Polis Langlopende verzekering Beroeps-AOV 0804’ (hierna: ‘de Voorwaarden’) staat – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

Artikel 16: Verplichtingen

a De verzekeringnemer is verplicht de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde, zo spoedig mogelijk, doch binnen 10 dagen na het ontstaan daarvan schriftelijk op te geven aan de verzekeraar. Overschrijding van vorenbedoelde termijn heeft verlies van het recht op uitkering ten gevolge, tenzij deze overschrijding genoegzaam voor de verzekeraar wordt gerechtvaardigd en indien de verzekeraar in haar belangen niet is geschaad.

(…)”

- 2.3 Consument heeft in de periode van 2009 tot en met 2015 uitkering onder de Verzekering ontvangen in verband met arbeidsongeschiktheid wegens psychische klachten. Verzekeraar heeft in deze periode ervoor zorggedragen dat Consument intensief werd begeleid. Consument heeft onder meer psychiatrische en psychotherapeutische begeleiding, een loopbaanonderzoek en zakelijke coaching gekregen.
- 2.4 Op 1 februari 2016 heeft Consument een bezoek gebracht aan zijn huisarts. In de journaalgegevens van de huisarts staat – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

01.02.2016 C

S last van somberheid, komt niet veel uit handen. Werkt voor zz, lukt wel, maar kan niet goed nwe opdrachten binnen halen, Minder goed slapen, snel wakker. Stil en naar binnen gekeerd. Neemt hierdoor vaker alcohol, bv biertje 2/dag, whiskey soms, of wijntje 1-2 als bij vriendin is. In verleden via verzekering bij psycholoog gelopen, ook al eens door psychaiter med geopperd

O

E P03.00 (Down/depressief gevoel)

P start SSRI, co 3-4 weken, uitleg medicatie. Gaat zelf kijken of weer naar zelfde PSL, zn verwijfsbriefje maken

01.02.2016-02.03.2016 Paroxetine Tablet 10mg 30 1D1T

(…)”

- 2.5 Op 9 februari 2016 heeft Consument zich tot Verzekeraar gewend. In zijn e-mailbericht schrijft Consument – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

Tot ongeveer een jaar geleden heb ik coaching gekregen als onderdeel van mijn AOV traject. Hoewel ik nu uit dit traject ben, merk ik dat ik nog niet helemaal ‘klaar’ ben. Ik heb mij bij de huisarts gemeld voor medicatie en ik heb ook wel behoefte aan psychotherapie/coaching.

Graag zou ik met u en/of uw medisch adviseur willen bespreken of en onder welke voorwaarden Reaal dit zou willen ondersteunen.

Ik heb een zeer goede ervaring met coach (…), graag zou ik bij haar weer terecht kunnen voor coaching/begeleiding.

(…)”

2.6 Verzekeraar heeft gehoor gegeven aan het verzoek tot het inschakelen van een coach en Consument wederom laten begeleiden door de door hem genoemde coach.

2.7 Op 13 september 2016 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld bij Verzekeraar. Consument schijft in zijn e-mailbericht van die datum – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)”

Op 01-02-2016 ben ik op consult bij de huisarts geweest met herhaalde depressieve/ burnout klachten. Ik heb een verwijfsbrief voor gesprekstherapie gekregen.

In overleg met Reaal AOV en daarna met Reaal AOV Lijfwacht heb ik mij gewend tot mijn eerdere therapeute (…)

In mijn brief hierover van 09-02-2016 meld ik u dat ik “nog niet helemaal klaar ben” en “wel wat ondersteuning kan gebruiken”. Dit was een understatement: in werkelijkheid komt er al heel lang weinig tot niets uit mijn handen. (…)

Ik ben m.i. helaas opnieuw of nog steeds arbeidsongeschikt, en meld mij hierbij als zodanig weer bij u aan, om deze situatie te beoordelen. Indien mogelijk verzoek ik u om als ingangsdatum van deze claim 01-01-2016 aan te houden.

(…)”

2.8 Verzekeraar heeft naar aanleiding van de melding van arbeidsongeschiktheid een psychiatrisch expertiseonderzoek en een verzekeringsgeneeskundig onderzoek laten uitvoeren. Vervolgens heeft een arbeidsdeskundig onderzoek plaatsgevonden. In de arbeidsdeskundige rapportage van 11 mei 2017 staat – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

De mate van arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep

Op basis van de aangegeven beperkingen bestaat er feitelijk geen arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep

(…)”

- 2.9 Verzekeraar heeft Consument vanaf 13 september 2016 50% arbeidsongeschikt beschouwd en een (voorlopige) uitkering onder de Verzekering verstrekt. Verzekeraar heeft deze uitkering gefaseerd afgebouwd en beëindigd per 1 juni 2017.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering over de periode van 1 januari 2016 tot 13 september 2016.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst, dan wel de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door hem geen uitkering te verstrekken over de periode van 1 januari 2016 tot 13 september 2016. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan:
- Consument heeft op grond van de Voorwaarden recht op uitkering omdat sprake is van arbeidsongeschiktheid als bedoeld in de Voorwaarden
 - Consument heeft zijn arbeidsongeschiktheid tijdig bij Verzekeraar gemeld. Consument was niet eerder in staat om zijn arbeidsongeschiktheid te melden omdat het niet tot hem doorgedrongen was dat hij was uitgevallen. Hij bevond zich in de ontkenningfase. Het behoort tot het ziektebeeld van Consument (psychische klachten) dat hij pas laat inzag dat hij ziek was en pas toen hij dat inzag (rond september 2016) was hij in staat bij Verzekeraar melding te doen van arbeidsongeschiktheid. Daarnaast lag het – mede gezien de ziektevoorgeschiedenis van Consument – op de weg van Verzekeraar om onderzoek te doen naar aanleiding van het e-mailbericht van Consument van 9 februari 2016 waarin hij Verzekeraar heeft bericht dat hij behoefte had aan psychotherapie/coaching. Volgens Consument had voornoemd e-mailbericht immers moeten worden gezien als een signaal van een mogelijke arbeidsongeschiktheid.
 - Verzekeraar is niet in zijn belangen geschaad door de late melding van arbeidsongeschiktheid. Consument heeft zichzelf immers vrijwel direct onder behandeling van een huisarts en psychotherapeut gesteld. Bovendien had Verzekeraar uit het e-mailbericht van Consument van 9 februari 2016 zelf al kunnen concluderen dat mogelijk sprake zou zijn van uitval.

Verweer Verzekeraar

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

- Om aanspraak te kunnen maken op een uitkering vanaf 1 januari 2016 heeft Consument de melding van arbeidsongeschiktheid te laat gedaan. Verzekeraar is daardoor in zijn belangen geschaad. Verzekeraar heeft de mate van arbeidsongeschiktheid over de geclaimde periode niet kunnen vaststellen wegens onvolledige dossiervorming, noch Consument kunnen begeleiden. Als Consument de melding eerder had gedaan, had Verzekeraar direct actie ondernomen. Hij had Consument dan binnen een paar weken uitgenodigd voor een fysiek gesprek met een bedrijfsarts. Aan de hand van diens advies zou Verzekeraar de eerste koers hebben bepaald. Er zou een arbeidsdeskundige bij Consument op bezoek zijn gegaan. Bovendien zou Verzekeraar Consument coaching hebben aangeboden, net zoals hij heeft gedaan bij de eerdere claim. De medisch adviseur van Verzekeraar zou voorts bij de coach medische informatie hebben opgevraagd over de status van de behandeling waar hij in dat geval veel actiever bij betrokken zou zijn geweest. Bovendien zou – mede gezien de eerdere claim van Consument – in een eerder stadium zijn besloten tot objectivering van de klachten door middel van een expertiseonderzoek. Feit van algemene bekendheid is bovendien dat re-integratie, zeker bij psychische klachten, succesvoller is bij interventie.
- Het e-mailbericht van Consument van 9 februari 2016 bevatte uitsluitend een verzoek tot coaching. Dit is iets anders dan een melding van arbeidsongeschiktheid.
- Anders dan Consument betoogt, was hij wel degelijk op de hoogte van zijn beperkingen en wat hij noemt zijn “eigen uitvallen”. Daarvan had hij dus veel eerder dan 13 september 2016 melding kunnen en moeten doen bij Verzekeraar. Uit de door Consument overgelegde journaalgegevens van 1 februari 2016 van de huisarts blijkt immers dat hij wel degelijk in staat was om een en ander naar behoren te verwoorden. Consument heeft letterlijk aangegeven dat het werken wel lukte, maar dat hij niet goed kon acquireren.
- Er is blijkens het door de arbeidsdeskundige op 11 mei 2017 opgestelde rapport bij Consument geen sprake van arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep. Dat betekent dat de arbeidsdeskundige van oordeel is dat geen beperkingen in de belastbaarheid in de weg staan aan de uitoefening van de werkzaamheden die verbonden zijn aan het beroep van Consument. Consument heeft dan ook niet bewezen dat hij – gedurende de in het geding zijnde periode – tenminste 25% arbeidsongeschikt was, zodat hij niet in aanmerking komt voor een uitkering krachtens de Verzekering.

4. Beoordeling

4.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar gehouden is over de periode van 1 januari 2016 tot 13 september 2016 een uitkering onder de Verzekering aan Consument te verstrekken.

- 4.2 Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat Consument op grond van artikel 16 onder a van de Voorwaarden geen recht heeft op uitkering over voornoemde periode omdat Consument zich pas op 13 september 2016, derhalve te laat, bij hem arbeidsongeschikt heeft gemeld.
- 4.3 Uit de overgelegde stukken maakt de Commissie op dat Consument zich bij e-mailbericht van 9 februari 2016 tot Verzekeraar heeft gewend. De Commissie is met Verzekeraar van oordeel dat dit e-mailbericht niet kan worden aangemerkt als een melding van arbeidsongeschiktheid. Consument verzoekt Verzekeraar hierin immers slechts om hem te ondersteunen door hem coaching en begeleiding aan te bieden. Anders dan Consument stelt, behoefde Verzekeraar dit bericht ook niet op te vatten als een signaal van mogelijke arbeidsongeschiktheid waardoor het op zijn weg lag om nadere actie te ondernemen. Consument heeft zich pas bij e-mailbericht van 13 september 2016 daadwerkelijk arbeidsongeschikt gemeld per 1 januari 2016. Om aanspraak te kunnen maken op een uitkering vanaf 1 januari 2016 heeft Consument de arbeidsongeschiktheid – ingevolge artikel 16 onder a van de Voorwaarden – dan ook te laat bij Verzekeraar gemeld.
- 4.4 Ingevolge artikel 16 onder a van de Voorwaarden heeft deze te late melding verlies van het recht op uitkering tot gevolg, tenzij de overschrijding van de meldingstermijn genoegzaam wordt gerechtvaardigd en indien de Verzekeraar in haar belangen niet is geschaad.
- 4.5 Consument heeft zich op het standpunt gesteld dat de te late melding gerechtvaardigd is. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat hij wegens zijn ziektebeeld niet eerder in staat was om zijn arbeidsongeschiktheid te melden omdat het nog niet tot hem doorgedrongen was dat sprake was van uitval voor zijn beroepswerkzaamheden. Hij bevond zich nog in een ontkenningfase, aldus Consument. Verzekeraar heeft dat gemotiveerd betwist. De Commissie is van oordeel dat Consument onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de te late melding gerechtvaardigd is. Uit de overgelegde medische stukken volgt niet dat Consument zo ziek was dat hij geen melding van arbeidsongeschiktheid kon doen, dan wel dat bij Consument sprake was van ontkenning van arbeidsongeschiktheid waardoor hij niet tijdig kon melden. Zo blijkt immers uit het huisartsjournaal van 1 februari 2016 dat Consument toen zeer wel in staat was zijn situatie van dat moment te verwoorden.
- 4.6 De vraag is voorts of Verzekeraar in zijn belangen is geschaad door de te late melding. Verzekeraar heeft hiertoe aangevoerd dat hij door de te late melding de mate van arbeidsongeschiktheid over de geclaimde periode niet heeft kunnen vaststellen vanwege onvolledige dossiervorming, noch Consument voldoende heeft kunnen begeleiden. Verzekeraar heeft uitvoerig toegelicht dat hij bij eerdere melding direct actie had ondernomen – zoals een gesprek met de bedrijfsarts organiseren, een huisbezoek door de arbeidsdeskundige inplannen, coaching regelen en een expertiseonderzoek laten verrichten – en aldus schadebeperkend zou hebben gehandeld.

- 4.7 Gelet op het vorenstaande is de Commissie van oordeel dat het beroep van Verzekeraar op artikel 16 onder a van de Voorwaarden terecht is gedaan, zodat hij niet gehouden is over de periode van 1 januari 2016 tot 13 september 2016 uitkering onder de Verzekering aan Consument te verstrekken. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering 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.

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 40 van het Reglement.