

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-511
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. R.A. Blom, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 20 september 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : N.V. Interpolis Schade, gevestigd te Tilburg, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 16 augustus 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Hij heeft, na een hartinfarct, een beroep gedaan op zijn verzekering in verband met ernstige ziekte. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden dient na 6 maanden door (de medisch adviseur van) Verzekeraar te worden vastgesteld of sprake is van een ernstige ziekte. Hiervoor heeft Verzekeraar een medische machtiging nodig van Consument, maar Consument heeft deze niet afgegeven. Consument vordert dat Verzekeraar alsnog overgaat tot uitkering van een bedrag van € 5216,16. De vraag waarvoor de Commissie zich gesteld ziet, is of Verzekeraar zich op het standpunt mag stellen dat Consument geen recht op uitkering onder de Verzekering heeft omdat hij geen medewerking heeft verleend in de zin van de Voorwaarden. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en wijst de vordering af.

I. Procesverloop

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

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

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

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan daarom op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument heeft per 26 september 2015 een Hypotheekbescherming (hierna: de ‘Verzekering’) afgesloten bij Verzekeraar via zijn adviseur Rabobank. De einddatum van de Verzekering is 19 juli 2042. Het polisblad bevat de volgende informatie:

| Reden afgifte | Wijziging van de verzekering |
|--------------------|--|
| Verzekerde | ██████████ ██████████ |
| Verzekerd bedrag | Arbeidsongeschiktheid € 217,34 per maand |
| Uitkeringsduur | Maximaal 4 jaar |
| Eigenrisicoperiode | 12 maanden |
| Verzekerd bedrag | Ernstige ziekte € 5.216,16 (eenmalig) |

- 2.2 Op deze verzekering zijn de verzekeringsvoorwaarden ‘Hypotheekbescherming Model 15702’ (hierna: de ‘Voorwaarden’) van toepassing omdat deze Voorwaarden golden ten tijde van het indienen van de claim. De verzekeringsvoorwaarden ‘14204’ zijn niet meer van toepassing, maar zijn welk gelijkkluidend aan de Voorwaarden. De van toepassing zijnde Voorwaarden luiden, voor zover relevant voor de beoordeling van dit geschil, als volgt:

“Wat is verzekerd?

(...)

Ernstige ziekte (alleen voor zelfstandige ondernemers)

U krijgt 1 keer een uitkering als u een ernstige ziekte heeft.

(...)

14 Wat verstaan wij onder ernstige ziekte?

- *Er is sprake van 1 van de volgende aandoeningen of situaties:*

- Hartaanval

(...)

- *Een specialist stelt de aandoening of situatie vast.*

- *U kunt door de aandoening of situatie niet werken.*

Een toelichting op deze aandoening of situaties leest u in de begrippenlijst

(...)

16 Wat zijn uw plichten bij ernstige ziekte?

- *U geeft ons binnen 4 door dat bij u een ernstige ziekte is vastgesteld.*

- *U geeft ons schriftelijke toestemming om medische informatie op te vragen*

- *U laat uw gezondheid in Nederland beoordelen door een andere arts dan uw eigen arts als wij dat vragen (second opinion).*

(...)

18 Wanneer krijgt u een uitkering als u een ernstige ziekte heeft?

Zodra wij weten dat er bij u een ernstige ziekte is vastgesteld. U heeft geen eigenrisicoperiode.

(...)

Begrippen

(...)

Ernstige ziekte

- *Hartaanval*

Het afsterven van (een gedeelte van) de hartspier door verstopping van de kransslagaders. De diagnose moet gebaseerd zijn op de aanwezigheid van:

- Nieuwe electrocardiografische veranderingen én

- Verhoging van harteiwitten CK-MB en/of Troponine in het bloed tot boven de normaalwaarde.

Een blijvende verminderde hartfunctie moet na 6 maanden aangetoond worden door:

- Een verhoging van BNP of NTproBNP in het bloed boven de normaalwaarde in combinatie met afwijkingen bij echocardiografie.

- Of een linkerventrieklejectiefraction (LVEF) kleiner dan 45%.

(...)

33 Wanneer mogen wij een uitkering stoppen of weigeren?

(...)

Als u uw plichten bij arbeidsongeschiktheid, werkloosheid of ernstige ziekte niet nakomt.”

- 2.3 Consument heeft op 17 augustus 2017 Verzekeraar verzocht om een uitkering onder de Verzekering, omdat hij op 11 augustus 2017 een hartinfarct had gehad. Verzekeraar heeft contact met Consument opgenomen en gemeld dat geen uitkering onder de verzekering kan plaatsvinden omdat sprake zou zijn van een eigenrisicoperiode van 360 dagen.
- 2.4 Naar aanleiding van telefonisch contact tussen Consument en Verzekeraar is gebleken dat de eigenrisicoperiode niet van toepassing is omdat Consument ZZP'er is. Verzekeraar heeft de claim alsnog in behandeling genomen en Verzekeraar heeft op 23 augustus 2017 zijn medisch adviseur opdracht gegeven om een advies op te stellen. Op 6 september 2017 heeft de medisch adviseur aangegeven dat nadere informatie moet worden opgevraagd bij de specialist om over 6 maanden vast te kunnen stellen of nog sprake is van een verminderde hartfunctie. De medisch adviseur heeft vervolgens een medische machtiging aan Consument gevraagd.

- 2.5 Op 12 september 2017 heeft de medisch adviseur van Verzekeraar contact opgenomen met Consument:

“Ik sprak zojuist met verzekerde. Hij had onze machtigingsbrief ontvangen, maar die ligt inmiddels bij het oud papier. Hij is thans niet van plan een machtiging af te geven, omdat hij met ons een conflict heeft. Hij heeft eerder een klacht ingediend, dat niet bevredigend is afgehandeld. De kwestie ligt nu bij de Kifid.”

- 2.6 Consument heeft vervolgens, bij brief van 18 september 2017, een klacht ingediend bij Verzekeraar:

“Na een hartinfarct te hebben gehad op 11-08-2017, heb ik contact gehad met [medewerker Verzekeraar] [afdeling]. Hartinfarct valt onder de noemer ernstige ziekten volgens de polisvoorwaarden 15702. Ik heb kenbaar gemaakt dat ik gebruik wil maken van de eenmalige uitkering van 5716,16 die de hypotheekbeschermer bied voor zelfstandigen. Ik ben al 10 jaar zelfstandig ondernemer dus val ik ook onder die regeling. Echter is [Verzekeraar] van mening dat er pas uitgekeerd gaat worden na een zes/zevental maanden. De arts van [Verzekeraar] wil na die tijd pas contact opnemen met mijn cardioloog of ik wel recht heb op deze eenmalige uitkering. (...)

De polis die mij verkocht is slaat kant noch wal. Wie dit verzonnen heeft is niet geheel op de hoogte van wat er speelt bij zelfstandigen.”

- 2.7 Verzekeraar heeft bij brief van 3 oktober 2017 gereageerd op de klacht van Consument:

*“De hypotheekbescherming heeft specifieke kenmerken en voorwaarden
Voor de uitkering ernstige ziekte is geen eigenrisicoperiode. Voor de uitkering ernstige ziekte zijn extra voorwaarden van toepassing. Een voorwaarden is dat een blijvende verminderde hartfunctie na 6 maanden aangetoond moet worden. Dit is de reden waarom onze medische dienst bij u een machtiging vroeg. Hiermee wordt bij uw specialist na 6 maanden informatie gevraagd over uw hartfunctie. Daarna stelt onze medisch adviseur vast of sprake is van een ernstige ziekte zoals beschreven in de voorwaarden.*

*Ik begrijp uit uw brief dat u andere verwachtingen had van deze verzekering
Dat is jammer. De voorwaarden zijn duidelijk over de dekking, waar u recht op heeft en wanneer u recht heeft op uitkering. Bij deze brief stuur ik u de pagina's uit de voorwaarden waar in staat wat in de vorige alinea wordt aangehaald.”*

- 2.8 Consument kon zich niet verenigen met dit standpunt en heeft een klacht ingediend bij Kifid.

- 2.9 Tijdens de klachtprocedure heeft Verzekeraar aangegeven bereid te zijn om de claim van Verzekerde alsnog af te handelen:

“[Consument] heeft de medische dienst tot op heden nog steeds niet gemachtigd om nadere medische informatie op te vragen

Om te kunnen vaststellen of er na 6 maanden sprake is van een blijvende verminderde hartfunctie en of er recht bestaat op uitkering is de medewerking vereist van verzekerde. De medische dienst wordt nu niet in staat gesteld om de uitkeringsplicht van [Verzekeraar] te beoordelen.

De medische dienst van Interpolis vroeg al op 6 september 2017 een machtiging aan de heer [naam Consument] voor het inwinnen van informatie bij zijn specialist.

Hiermee zou door onze medisch adviseur op de gestelde termijn na 6 maanden de nodige informatie bij de cardioloog opgevraagd kunnen worden. Op basis van die informatie zou beoordeeld kunnen worden of [Consument] voldoet aan de voorwaarden voor uitkering bij “Ernstige Ziekte”.

[Consument] is meerdere malen herinnerd aan ons verzoek ons te machtigen.

(...)

[Consument] werkt niet mee aan zijn verplichtingen verbonden aan de verzekeringsovereenkomst

Op basis van artikel 16 van de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is verzekerde verplicht ons schriftelijk toestemming te geven om medische informatie op te vragen. En, nogmaals, pas daarmee immers kan worden vastgesteld of er conform de verzekeringsvoorwaarden sprake is van ernstige ziekte en of er ex artikel 18 recht bestaat op uitkering. Nu verzekerde echter blijft weigeren zijn verplichtingen uit de overeenkomst na te komen (lees: blijft weigeren ons te machtigen om nadere medische informatie op te vragen, is het ons toegestaan om ex. artikel 33 uitkeringen te weigeren.

Interpolis is nog steeds bereid te onderzoeken of verzekerde al dan geen recht heeft op uitkering. Het is daarvoor noodzakelijk dat verzekerde volledig meewerkt aan zijn verplichtingen uit de overeenkomst, te beginnen bij het ons schriftelijk machtigen om nadere medische informatie op te kunnen vragen. Indien schriftelijke toestemming echter uitblijft. Blijft [Verzekeraar] weigeren uitkering te verstrekken aan verzekerde.”

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog overgaat tot uitkering van een bedrag van € 5216,16.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Ter ondersteuning van zijn vordering draagt Consument de volgende argumenten aan:

- De reden dat Consument de hypotheekbeschermer heeft gesloten is om uitkering te krijgen bij (ernstige) ziekte nu hij zelfstandig ondernemer is en dus bij ziekte geen loon krijgt.

Nu blijkt dat Verzekeraar op grond van de hypotheekbeschermer niet direct tot uitkering overgaat maar dat hier 7 tot 8 maanden overheen gaan. De verzekering biedt dus geen goede dekking en daardoor zit Consument financieel klem.

- Consument had ervoor kunnen kiezen om een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: 'AOV') af te sluiten, maar dat is iets wat aan Consument is. Het is niet aan Interpolis om hierover te adviseren. Consument heeft een hypotheek en dus een bewuste keuze gemaakt voor een hypotheekbeschermer. Bovendien heeft Consument een AOV gehad, maar die was te duur. Bij de AOV was de premie en de hoogte van een eventuele uitkering wel beter op elkaar afgestemd.
- Consument heeft geen medische machtiging willen afgeven omdat hij liever zelf naar de cardioloog gaat en de uitkomst vervolgens zelf aan Verzekeraar meedeelt. Hij is daar inmiddels geweest en van ernstige blijvende schade blijkt geen sprake te zijn. De cardioloog vindt de Voorwaarden ook buiten proporties omdat iemand met die schade aan zijn hart niet meer in staat zou zijn om te werken. De polis is dus een wassen neus.
- De verzekering is een ondeugdelijk product dat niet verkocht had mogen worden met deze Voorwaarden.

Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

- 4.1 De eerste vraag waarvoor de Commissie zich gesteld ziet, is of Verzekeraar zich op het standpunt mag stellen dat Consument geen recht op uitkering onder de Verzekering heeft omdat hij geen medewerking heeft verleend in de zin van de Voorwaarden. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt hierover als volgt.
- 4.2 In artikel 14 van de Voorwaarden staat wanneer sprake is van ernstige ziekte. In artikel 16 is vervolgens aangegeven wat de plichten van de verzekerde zijn. Hierin is onder meer opgenomen dat de verzekerde Verzekeraar schriftelijke toestemming geeft om medische informatie op te vragen. Vervolgens is in artikel 33 opgenomen dat als een verzekerde zijn verplichtingen bij ernstige ziekte niet nakomt Verzekeraar uitkering kan weigeren.
- 4.3 Artikel 33 is te kwalificeren als een verval van recht beding conform artikel 7:941 lid 2. Op grond van artikel 7:941 lid 2 dient een consument binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Indien Consument dit niet doet en Verzekeraar een beroep doet op een verval van recht beding dient Verzekeraar vervolgens aannemelijk te maken dat hij door niet-nakoming door Consument van de op hem rustende verplichting van artikel 7:941 lid 2 BW in een redelijk belang in de zin van genoemd vierde lid is geschaad.

- 4.4 De Commissie stelt vast dat Consument, ondanks herhaalde verzoeken van Verzekeraar daartoe, heeft geweigerd schriftelijke toestemming voor het inwinnen van medische informatie te geven. Consument is verplicht om schriftelijke toestemming te verlenen. Verzekeraar is in een daadwerkelijk redelijk belang geschaad nu Verzekeraar die medische machtiging van Consument nodig heeft om 6 maanden na het voorval te kunnen vaststellen of sprake is van ernstige ziekte op grond van de Voorwaarden en dus recht op uitkering bestaat. Zonder de medische machtiging kan Verzekeraar geen onderzoek doen. De stelling van Consument dat hij ook zelf een cardioloog kan consulteren en aan Verzekeraar kan meedelen of sprake is van ernstige ziekte treft geen doel omdat de medisch adviseur van Verzekeraar hierover zelf een mening moet vormen.
- 4.5 Nu Consument deze toestemming niet heeft gegeven, komt Consument zijn verplichtingen uit de Voorwaarden niet na. Het is Verzekeraar door de weigering van Consument niet mogelijk om zich een goed gemotiveerd oordeel te vormen over de vraag of Consument (nog) recht op een uitkering onder de Verzekering heeft. Verzekeraar mag dan ook op grond van artikel 33 van de Voorwaarden uitkering weigeren.
- 4.6 Ten aanzien van de stelling dat de Verzekering een ondeugdelijk product is, merkt de Commissie het volgende op. Consument is bij het afsluiten van de verzekering akkoord gegaan met de Voorwaarden. Consument had dus op de hoogte kunnen en moeten zijn van het feit dat pas uitkering onder de verzekering bij ernstige ziekte zal plaatsvinden nadat 6 maanden zijn verstreken en is geoordeeld dat sprake is van een ernstige ziekte zoals neergelegd in de artikelen 14 en 18 Voorwaarden.

Slotsom

- 4.7 De conclusie is dat Verzekeraar zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat hij niet gehouden is tot uitkering over te gaan omdat Consument niet voldaan heeft aan zijn plichten op grond van de verzekeringsovereenkomst en Verzekeraar daardoor in een redelijk belang is geschaad omdat hij niet kan vaststellen of Consument recht heeft op een uitkering. Verzekeraar is derhalve niet toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming en Verzekeraar hoeft het bedrag van € 5216,16 niet te betalen.

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.