

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-618
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts,
leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 1 augustus 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : Credit Life AG, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 28 september 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft zich bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld. Verzekeraar heeft geen uitkering vertrekt omdat de arbeidsongeschiktheid verband zou houden met een reeds bestaande en/of bekende klacht. In dat geval is de arbeidsongeschiktheid niet verzekerd. De Commissie heeft geoordeeld dat het voorliggende dossier onvoldoende aanknopingspunten biedt het standpunt van Verzekeraar, dat sprake is van pre-existente klachten, te onderschrijven. Vordering toegewezen.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 25 juni 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1969, heeft op 6 november 2015 bij Verzekeraar een kredietbeschermer met dekking voor arbeidsongeschiktheid en onvrijwillige werkloosheid (verder: de Verzekering) aangevraagd. De Verzekering is per 1 december 2015 ingegaan. De periode van eigen risico is 30 dagen en het verzekerde bedrag per maand is € 265,50.

De Verzekering hoort bij een doorlopend krediet. De toepasselijke Voorwaarden Kredietbeschermer TC-4004-S0000-NL-201501 (hierna: de Voorwaarden) vermelden – voor zover relevant – als volgt:

“Artikel 18. Wanneer valt u onder de dekking arbeidsongeschiktheid?”

- a. U bent gedekt voor arbeidsongeschiktheid zolang de verzekering loopt. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag dat de arts dit vaststelt.
- b. (...)

Artikel 19. Wanneer bent u arbeidsongeschikt?

- a. U bent arbeidsongeschikt als u beperkt bent in uw werkzaamheden. Deze beperking is het gevolg van een ziekte of een ongeval.
- b. **Arbeitsongeschiktheid in het eerste jaar**
Dan moet u aan de onderstaande omschrijving voldoen:
U bent minimaal 80% arbeidsongeschikt. U kan uw werk niet meer doen volgens de wettelijke regels voor arbeidsintegratie.

De Arbodienst of een integratiebedrijf bekijkt of u arbeidsongeschikt bent volgens deze regels. Zij stellen het arbeidsongeschiktheidspercentage vast.

- c. **Arbeitsongeschiktheid in het tweede jaar**

Dan moet u aan de onderstaande omschrijving voldoen:
U bent minimaal 35% arbeidsongeschikt. U kan uw werk niet meer doen volgens de wettelijke regels voor arbeidsintegratie.

De Arbodienst of een integratiebedrijf bekijkt of u arbeidsongeschikt bent volgens deze regels. Zij stellen het arbeidsongeschiktheidspercentage vast. Wordt u in het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid al gekeurd door het UWV? Dan geldt op dat moment het percentage arbeidsongeschiktheid dat het UWV heeft bepaald.

- d. **Arbeitsongeschiktheid vanaf het derde jaar**

Dan moet u aan de onderstaande omschrijving voldoen:
U bent minimaal 35% arbeidsongeschikt. Het UWV stelt de mate van arbeidsongeschiktheid vast.

Artikel 20. Wanneer krijgt u uitgekeerd?

- a. U valt onder de dekking arbeidsongeschiktheid volgens artikel 18. En bent u arbeidsongeschikt volgens artikel 19? Dit bent u gedurende de eigen risicoperiode en een maand daarna? Dan start de uitkering
- b. Tussen de perioden van arbeidsongeschiktheid zit minder dan 4 weken? Dan wordt dit als 1 periode gezien.

Artikel 21. Wat is de hoogte van de uitkering?

U krijgt uitgekeerd volgens artikel 20? Dan krijgt u het volledig verzekerde bedrag maandelijks uitbetaald.

(...)

Artikel 23. Wat valt er niet onder de dekking arbeidsongeschiktheid?

In de onderstaande gevallen bent u niet gedekt. Dit ondanks de overige artikelen in de specifieke bepalingen.

- 1. Binnen 3 maanden na de ingangsdatum wordt u arbeidsongeschikt. Dit geldt niet als de arbeidsongeschiktheid is ontstaan door een ongeval.*
- 2. Uw arbeidsongeschiktheid wordt veroorzaakt, verergerd of blijft bestaan door:
 - een ongeval dat plaatsvond voordat de verzekering inging.*
 - een ziekte, klacht, aandoening en/of gebrek die u al had of heeft gehad voor de verzekering inging.**
- 3. (...)"*

- 2.2 Per brief van 6 januari 2017 heeft dr. [Naam Neuroloog] (hierna: de Neuroloog) Consument en "de arbeidsgeneesheer" het volgende medegedeeld:

"De heer [Naam Consument] werd alhier opgenomen in juli 2016 wegens nieuwe klachten (losstaand van de vroegere problematiek) van visuele stoornissen en vermoeidheid. Nu blijft vooral de uitgesproken vermoeidheid op de voorgrond staan, waardoor hij niet kan functioneren. Uitgebreide uitwerking (beeldvorming met NMR, elektrofysiologie, cardiaal nazicht) was geruststellend. Meerbepaald werden een CVA en epilepsie als oorzaak uitgesloten. Hij wordt ook op de endocrinologie alhier gevolgd voor zijn diabetes mellitus, wat nu ook goed geregeld blijkt. Er gebeurde bijkomend nog een polysomnografie met MSLT die ook geen verklaring voor de uitgesproken hypersomnie toont. Neurologisch kan ik dus geen verklaring weerhouden. Daarom wordt hij verwezen naar de [Naam kliniek 1] alhier voor verder multidisciplinair nazicht en behandeling. Tot verder evaluatie aldaar blijft hij volledig arbeidsongeschikt."

- 2.3 Per brief van 13 januari 2017 heeft de Neuroloog de huisarts van Consument over de verrichte onderzoeken van de afgelopen jaren geïnformeerd. In de periode van 13 januari tot en met augustus 2014 maakte Consument met name melding van unilaterale linkszijdige drukkende tot soms kloppende hoofdpijnklahten.

Hiervoor is betrokkene in maart 2014 kortdurend opgenomen geweest en heeft hij in augustus 2014 klinisch zonder resultaat een dihydergot kuur ondergaan. Een duidelijke diagnose werd niet gesteld.

Vervolgens is Consument in juli 2016 opgenomen vanwege een vijftal korte periodes van uitval van met name de visus met nadien hoofdpijn. Hiervoor is geen oorzaak gevonden. Daarnaast had Consument aanhoudende invaliderende vermoeidheidsklachten en bovenmatige slaperigheid overdag. Het in het najaar van 2016 verrichte slaaponderzoek heeft geen verklaringen voor de vermoeidheid gegeven. De Neuroloog heeft Consument vervolgens in januari 2017 naar de [Naam kliniek 1] doorverwezen.

- 2.4 Op 10 april 2017 heeft Consument zich bij Verzekeraar wegens depressie en chronische vermoeidheid arbeidsongeschikt gemeld per 4 juli 2016. Op 18 april 2017 heeft Verzekeraar een ontvangstbevestiging aan Consument toegestuurd met daarbij de vermelding: “Einde eigen risicoperiode: 03-08-2016. (...) Tijdens de aanvraag van deze verzekering heeft u gekozen voor een eigen risicoperiode van 30 dagen. Gedurende deze periode is er nog geen recht op uitkering. Bent u na de eigen risicoperiode en 30 dagen daarna nog steeds voor 80% of meer arbeidsongeschikt dan zullen wij uw claim verder beoordelen”. Vervolgens heeft Verzekeraar de melding medisch laten onderzoeken en beoordelen door [Naam Instantie].
- 2.5 Per brief van 20 mei 2017 heeft [Naam Bedrijfsarts], bedrijfsarts, [Naam Instantie] als volgt geïnformeerd:

“Hij is ziekgemeld op 4 juli 2016 door een ziekenhuisopname op verdenking van TIA. Betrokkene is diabeet, en is al enige tijd ontregeld. Sinds november heeft hij een pomp. Hij is nog steeds ernstig vermoeid. In februari, maart en april werd hij behandeld in een [Naam kliniek 2] kliniek in [Plaats]. Betrokken is ontslagen met een diagnose CVS, geen herstel. Intussen nog steeds geen belastbaarheid. Mijn voorstel is nog steeds om een NPO in te zetten. Er wordt naast deze visie een slaapapnoe onderzoek ingesteld. Prognose onduidelijk. Betrokken heeft tot nu toe geen duurzaam benutbare mogelijkheden. Betrokkene heeft een positieve re-integratie houding en zou dolgraag weer werken, maar tijdens mijn laatste consult van 1 mei 2017 was van re-integratie nog geen sprake.”

- 2.6 Per brief van 22 mei 2017 heeft [Naam Psycholoog], GZ-psycholoog, het volgende aan [Naam Instantie] medegedeeld:

“De heer [Naam Consument] is in onze praktijk in psychotherapeutische behandeling sinds januari 2015, op verwijzing van zijn huisarts.

Klachten bij aanmelding

Sinds ruim een jaar priemende en heftige hoofdpijnlachten en vermoeidheidsklachten, waarvoor uitgebreid somatisch onderzoek niets aan het licht bracht en behandeling geen verbetering bracht. Doorslaapproblemen en weinig energie. Klachten leidden tot ziektewet vanaf 20 augustus 2014. Veel zorgen in de gezinssituatie.

Echtgenote was in de voorbije jaren ziek, wat veel energie kostte. (...) En tussen februari en oktober 2013 was cliënt in de ziektewet vanwege rugklachten.

Door het in de ziektewet raken ontstond er daarna ook spanning met zijn werkgever. De laatste maanden is er tevens sprake van een uitgesproken sombere stemming.

(...)

Behandeling/bespreking

In een steunend-structurende behandeling werken we aan vergroten van draagkracht, betere coping met belasting en doseren van inspanningen. In 2015 werd vooruitgang geboekt, maar sinds ruim 6 maanden is er opnieuw een toename van de klachten. Problemen met de werkgever lijken daarin luxerend. De behandeling vindt gemiddeld 1 maal per 3 weken plaats.

Vanwege de toename van de klachten is de heer [Naam Consument] recent opnieuw uitgebreid onderzocht in AZ [Naam Ziekenhuis] in [Naam Plaats], maar is geen onderliggend somatisch leiden ontdekt.

Er heeft wel een behandeling plaatsgevonden in de pijnkliniek, maar met weinig resultaat. In het ziekenhuis is een behandeling in de [Naam kliniek 1] voorgesteld. Intake heeft inmiddels plaatsgevonden, maar ondanks aandringen van cliënt blijft de onduidelijkheid omtrent aanvang aanslepen. Ik moedig de heer [Naam Consument] aan deze behandeling te volgen. Daarnaast verwees ik hem ook naar een psychiater om consult betreffende eventuele medicamenteuze behandeling voor de depressie. Cliënt heeft eerder vergelijkbare klachten gehad en daarvoor behandeling gevolgd o.m. in 2012. De belangrijkste beperkingen op vandaag situeren zich met name op energetisch niveau. Zij zijn echter van die aard en ernst dat cliënt zelfs niet in staat is tot routinematige huishoudelijke handelingen die meer dan bijv. 15 minuten duren.(...)”

- 2.7 De heer [Naam Verzekeringsarts], verzekeringsarts RGA, van [Naam instantie] (hierna: de Medisch Adviseur) heeft Verzekeraar per brief van 1 juni 2016 gemeld dat sprake is van een relevante voorgeschiedenis en dat geen recht op uitkering bestaat. De Medisch Adviseur heeft daartoe als volgt overwogen:

“Uit de medische informatie van de psycholoog blijkt dat verzekerde sinds januari 2015 in psychotherapeutische behandeling is. Dit naar aanleiding van een verwijzing van de huisarts. Tevens zou er in 2012 sprake zijn geweest van soortgelijke klachten, echter is daar verder geen informatie over. Er was sprake van priemende en heftige hoofdpijnklachten en vermoeidheid sinds ruim één jaar waarbij somatisch onderzoek niets aan het licht heeft gebracht. De laatste maanden is er tevens sprake van een uitgesproken sombere stemming. De diagnose luidt een somatische symptoomstoornis, depressieve stoornis, recidiverend en matig van aard.

Waarschijnlijk zijn de klachten geluxeerd door een opstapeling van problemen in werk- en gezinssituatie. In 2015 werd vooruitgang geboekt, echter sinds zes maanden weer opnieuw toename van de klachten. Verzekerde wordt hiervoor 1 keer per drie weken behandeld.”

- 2.8 Per brief met datum 6 juni 2017 heeft Verzekeraar Consument geïnformeerd dat uit het onderzoek van [Naam instantie] is gebleken dat het een ziekte, klacht aandoening en/of gebrek betreft die hij al voor de ingangsdatum van de Verzekering had zodat hij geen recht heeft op een uitkering.
- 2.9 Bij e-mail van 9 juli 2017 heeft Consument bezwaar aangetekend tegen het standpunt van Verzekeraar.
- 2.10 Per brief van 17 juli 2017 heeft Verzekeraar aan Consument medegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft. Dat standpunt had Verzekeraar wederom ingenomen nadat de Medisch Adviseur Verzekeraar op 13 juli 2017 onder andere als volgt aanvullend had geïnformeerd:

|

“(…) Alle informatie in ogenschouw nemend moet tot de conclusie gekomen worden dat de klachten die uiteindelijk hebben geleid tot de diagnose CVS dezelfde waren als de klachten die (in mindere mate) al speelden voor de ingangsdatum van de verzekering, namelijk de energetische klachten c.q. vermoeidheidsklachten. Verzekerde geeft zelf aan dat het toen om hele andere klachten ging namelijk een burn-out. Mocht dat zo zijn dan is dat in die zin een onderschrijving van onze bevindingen. In de informatie is de diagnose burn-out niet terug te vinden. De psycholoog heeft in zijn schrijven de diagnose somatische-symptoomstoornis met een matige ernstige recidiverende depressieve stoornis gesteld. En stelt tevens dat o.m. in 2012 ook behandeling heeft plaatsgevonden voor dezelfde klachten. Kortom al lang spelende vergelijkbare problematiek waaraan uiteindelijk een psychosomatische diagnose/verklaring wordt gegeven: CVS. Een diagnose die pas na langere tijd kan worden gesteld nadat andere oorzaken van de klachten zijn uitgesloten en veelal na diverse behandelingen zonder resultaat. Verzekerde heeft bij zijn bezwaar informatie toegevoegd van het AZ [Naam Ziekenhuis] te [Plaats] d.d. 6 januari 2017. (…)”

2.11 Vervolgens heeft Consument zich bij Kifid over het standpunt van Verzekeraar beklaagd. In de procedure bij Kifid heeft Consument een brief van de Psycholoog van 22 januari 2018 overgelegd. Die brief vermeldt onder andere als volgt:

“U maakte mij attent op een feitelijk onjuistheid in mijn brief aan [Naam instantie] d.d. 22 mei 2017. Daarom hierbij correctie daarvan. Onder de hoofding ‘klachten bij aanmelding’ schreef ik dat u tussen februari en oktober 2013 ook in de ziektewet was vanwege rugklachten. U bent pas in behandeling gekomen bij mij op 5 januari 2015. (Voor die tijd was u als partner betrokken in de behandeling van uw vrouw.) In mijn dossier staat dat u toen (op 5 januari 2015) sinds een jaar stemmings- en ernstige hoofdpijnklachten had, waardoor u in de ziektewet geraakt was op 20 augustus 2014. U was onder behandeling bij de neuroloog en in de pijnkliniek in [Plaats]. U meldde mij ook dat u in 2013 enkele maanden in de ziektewet was vanwege rugklachten t.g.v. een rughernia L3-L4.”

3 Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering per 1 augustus 2016.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- [Naam instantie] stelt ten onrechte dat de aandoening reeds bij ingang van de Verzekering bestond. Halfzijdige hoofdpijn en burn-out zijn geen voorloper van het Chronische Vermoeidheid Syndroom. Consument is arbeidsongeschikt vanwege nieuwe klachten. De neuroloog heeft dit bevestigd.
- Het rapport van [Naam instantie] lijkt met name op de brief van de psycholoog te zijn gebaseerd terwijl die brief onjuistheden bevat.

Consument heeft niet in 2012 een behandeling gehad voor vergelijkbare klachten. Dat was de partner van Consument. Daarnaast is geen sprake van een toename van de klachten. Dit blijkt uit de brief van de neuroloog van 6 januari 2017. In 2015 had Consument hoofdpijnkklachten. Vanaf 2015 is Consument doorlopend bij de psycholoog in behandeling geweest.

Verweer Verzekeraar

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

- Verzekeraar heeft in zijn verweer verwezen naar de reactie van de Medisch Adviseur op de klacht van Consument.
- Volgens de Medisch Adviseur speelden de klachten (in mindere mate) al voor de ingangsdatum van de Verzekering, namelijk de energetische c.q. de vermoeidheidsklachten, de klachten die uiteindelijk hebben geleid tot de diagnose CVS.

Volgens Consument was sprake van andere klachten namelijk burn-out klachten. Hoewel die diagnose niet is gesteld, zou dat een onderschrijving van de bevindingen zijn. De psycholoog heeft in zijn schrijven de diagnose somatische-symptoomstoornis met matige recidiverende depressie stoornissen gesteld en dat in 2012 behandeling heeft plaatsgevonden voor deze klachten. Alles overziend is sprake van al lang slepende vergelijkbare problematiek waaraan uiteindelijk een psychosomatische diagnose/verklaring wordt gegeven: CVS. Een diagnose die pas na langere tijd kan worden gesteld nadat andere oorzaken van de klachten zijn uitgesloten en veelal na diverse behandelingen zonder resultaat.

- Consument heeft per 4 juli 2016 een beroep op zijn Verzekering gedaan vanwege vermoeidheidsklachten en depressie. De behandeling bij de psycholoog startte in 2015. Dit is voor de ingangsdatum van de Verzekering. Uit de informatie van de neuroloog van het AZ [Naam Ziekenhuis] blijkt dat Consument al in 2014 in behandeling kwam met sinds een jaar bestaande stemmings- en ernstige hoofdpijnkklachten waardoor hij in de Ziektewet was geraakt op 14 augustus 2014. Hij was eerder onder behandeling bij de neuroloog in de pijnkliniek te [Plaats]. In juli 2016 vond een nieuwe opname plaats op de neurologie wegens een 5-tal korte episodes, het wazig zicht, problemen met rekenen, dik aanvoelend linkeroog/lip met nadien hoofdpijnkklachten. De neuroloog omschrijft deze klachten van visuele stoornissen en vermoeidheid als nieuwe klachten, losstaand van de vroegere problematiek. Nadat voor de klachten geen neurologische verklaring kon worden gegeven, werd verzekerde doorverwezen naar de [Naam kliniek I] alwaar de diagnose CVS werd gesteld. Op basis van deze informatie kan niet tot dezelfde conclusie worden komen als de neuroloog, namelijk dat het om nieuwe klachten gaat.

4. Beoordeling

- 4.1 Het vertrekpunt is dat de verzekering van Consument dekking biedt tegen zijn arbeidsongeschiktheid.

Verzekeraar stelt echter dat dit toch niet zo is, omdat de arbeidsongeschiktheid van Consument verband houdt met een reeds bestaande en/of bekende klacht als bedoeld in artikel 23 van de Voorwaarden. In dat geval is de arbeidsongeschiktheid niet verzekerd.

- 4.2 De partij (Verzekeraar) die zich beroept op de rechtsgevolgen van door hem gestelde feiten – bij voldoende betwisting door de tegenpartij – dient zijn stellingen te bewijzen. Verzekeraar stelt dat de klachten die uiteindelijk tot CVS hebben geleid, dezelfde klachten zijn als de klachten die al speelden voor de ingangsdatum van de Verzekering zodat Consument geen recht heeft op een uitkering. Verzekeraar verwijst voor zijn stelling naar zijn medisch dossier en het advies van zijn Medisch Adviseur.
- 4.3 De Commissie is van oordeel dat het voorliggende dossier onvoldoende aanknopingspunten biedt het standpunt van Verzekeraar, dat sprake is van pre-existente klachten, te onderschrijven. De Commissie overweegt dat Consument voor de ingangsdatum van de Verzekering mogelijk al vergelijkbare klachten had waardoor hij nu is uitgevallen. Echter, in het medische dossier van Verzekeraar ontbreekt een voldoende onderbouwing hiervan. Het had op de weg van Verzekeraar, bijgestaan door zijn Medisch Adviseur, gelegen om de informatie van de behandelend psycholoog te verifiëren bij de overige behandelaars van Consument. De informatie van de psycholoog is niet alleen beperkt, de informatie dat Consument al in 2012 in behandeling was, is gezien de onder 2.10 opgenomen rectificatie, bovendien onjuist gebleken. Consument stelt dat hij nieuwe klachten heeft die losstaan van de klachten die hij voor de ingangsdatum van de Verzekering had. Die stelling heeft hij onderbouwd met de brief van de neuroloog van 6 januari 2017 die vermeldt dat de huidige problematiek losstaat van de vroegere problematiek. Daarmee heeft Consument het standpunt van Verzekeraar dat sprake is van pre-existente klachten gemotiveerd weersproken. Verzekeraar heeft zich hiertegen verweerd maar dit niet met stukken onderbouwd. Verzekeraar heeft geen navraag gedaan bij de neuroloog wat deze tot de conclusie bracht dat de klachten van toen losstaan van de nieuwe klachten. Ook is geen navraag gedaan bij de huisarts, de psychiater of bij de [Naam kliniek I]. Dientengevolge is onvoldoende onderzocht en daarom niet komen vast te staan dat de arbeidsongeschiktheid van Consument het gevolg is van pre-existente klachten.
- 4.4 Gezien het bovenstaande is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar zich ten onrechte op het standpunt heeft gesteld dat Consument voor de looptijd van de Verzekering de klachten al had en derhalve geen recht heeft op uitkering. Verzekeraar heeft geen andere grondslag voor zijn verweer gegeven. De Commissie zal de vordering van Consument daarom toewijzen.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument vergoedt een bedrag van € 265,50 met terugwerkende kracht vanaf 1 augustus 2016.

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.