

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-738
(mr. J.S.W. Holtrop, 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 : 14 augustus 2017
Ingediend door : Consumenten
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te
noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 30 november 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Hypotheek opvang polis. Op 27 oktober 2016 hebben Consumenten bij Verzekeraar gemeld dat medeverzekerde vanaf 1 januari 2009 arbeidsongeschikt is als gevolg van PTSS en clusterhoofdpijn. Volgens Verzekeraar zijn alle uitkeringen van drie jaar voor de melddatum verjaard. De clusterhoofdpijnen bestonden al voor de ingangsdatum van de Verzekering en vallen daarom niet onder de dekking. De psychische klachten vallen na het laatste consult bij de psycholoog niet onder de dekking van de Verzekering. Verzekeraar heeft Consumenten een uitkering verstrekt over de periode van 27 oktober 2013 tot 27 oktober 2014. Consumenten hebben zich tegen deze standpunten verzet door onder andere te stellen dat de vordering niet is verjaard omdat volgens artikel 22 sub b van de Voorwaarden de vordering pas aan het eind van de arbeidsongeschiktheid opeisbaar is. Hiertegen stelt Verzekeraar dat de bepaling geen verband houdt met het leerstuk verjaring maar met fiscaliteit. De Commissie is van oordeel dat de lezing van Consumenten een juiste en op zijn minst redelijke lezing is. Vordering gedeeltelijk toegewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de toelichting van Consument van 15 november 2017;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de aanvullende informatie van Consument van 18 en 21 december 2017;
- de reactie daarop 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 27 augustus 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Door tussenkomst van [naam tussenpersoon] te [plaatsnaam] (hierna: Tussenpersoon) hebben Consumenten - met beiden als verzekerden en Consument [naam I] als verzekeringnemer - met ingang van 28 juni 2006 bij Verzekeraar een *Hypotheek Opvang Polis* met dekking voor arbeidsongeschiktheid (verder: de Verzekering) gesloten. Het polisblad vermeldt voor zover relevant:

Fiscaal aftrekbaar premiedeel: Niet van toepassing

(...)

Dekkingen verzekerde 2:

De heer [REDACTED]

Arbeitsongeschiktheid pro rata

Vaststelling UWV-keuring (Gangbare arbeid)

Eigen risicoperiode 365 dagen

Verzekerd maandbedrag € 300,00

Looptijd 120 maanden

Einddatum 27 juni 2016

- 2.2 De toepasselijke Algemene verzekeringsvoorwaarden *HOP 0106* (hierna: de Voorwaarden) vermelden voor zover van belang:

“Algemene bepalingen

Art. 1 Begripsomschrijving:

(...)

g. Ziekte: een algemeen in de reguliere geneeskunde erkende aandoening van verzekerde die zich tijdens de looptijd van de verzekering voor het eerst openbaart en waarvoor verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts stelt, evenals een zich tijdens de looptijd van de verzekering openbarende aandoening van verzekerde die zich vóór aanvang van de verzekering al geopenbaard had, mits, gedurende 60 maanden voor aanvang van de verzekering, er geen openbaring en/of recidive van deze aandoening heeft plaatsgevonden en verzekerde gedurende deze periode voor deze aandoening geen enkele vorm van controle of (na)behandeling heeft gehad of had moeten hebben. Ook voor de laatstgenoemde aandoening dient verzekerde zich onder doorlopende behandeling van een arts te stellen.

(...)

Bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid

Art. 20 Verzekerde dekking:

- a. Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.
- b. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze lichamelijke ziekte of aandoening dient algemeen in de reguliere geneeskunde erkend te zijn en uitsluitend medisch, en middels objectieve maatstaven gemeten bevindingen, vastgesteld te zijn.
- c. Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF-score van 50 of minder zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnosticeerd te zijn binnen de DSM-IV TR en dienen hun oorzaak te hebben in de periode na de ingangsdatum van deze module.
(...)

Art. 21 Verzekeringsuitkering

- a. Het recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid bestaat, met inachtneming van de eigen risico periode zoals vermeld op het polisblad:
 1. Indien verzekerde voor tenminste 35% van het aantal contractuele werkuren per week arbeidsongeschikt is voor zijn werkzaamheden conform de wettelijke bepalingen inzake arbeidsreïntegratie (uitgevoerd door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf) tot het moment dat verzekerde gekeurd is in het kader van de Nederlandse wetten inzake de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, gedurende een periode van maximaal 24 maanden te rekenen vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 22.
 2. Nadat verzekerde gekeurd is in het kader van de Nederlandse wetten inzake arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en hierbij voor tenminste 35% arbeidsongeschikt is verklaard. In dat geval zal verzekeraar voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid een uitkering doen conform lid b van dit artikel en artikel 22.
- b. Het verzekerde maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een arbeidsongeschiktheid van 80% en hoger, conform lid a van dit artikel. (...)
- c. Het aantal maandelijks uitkeringen c.q. voorschotten per verzekerde, zoals bedoeld in artikel 22, is beperkt tot maximaal 20 per polis, ongeacht of verzekerde hierna nog een arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de Nederlandse wetgeving ontvangt.
- d. (...)

Art. 22 Fiscaliteit en betaling van de uitkering:

- a. *Indien op het polisblad is aangetekend dat de premie voor arbeidsongeschiktheid fiscaal aftrekbaar is, geschiedt de uitkering van het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21b, maandelijks en achteraf.*
- b. *In alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som, waarvan de hoogte wordt bepaald door het verzekerd maandbedrag, conform artikel 21b, te vermenigvuldigen met het aantal volle maanden (met een maximum van 240) dat de arbeidsongeschiktheid na de eigen risicoperiode heeft geduurd. De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (ten bedrage van het verzekerd maandbedrag conform artikel 21b) op de in de eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.*
(...)

Art. 23 Verplichtingen bij schade:

- a. *Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:*
 1. *zich onmiddellijk onder behandeling van een arts te stellen, onder die behandeling te blijven en alle adviezen van zijn behandelend arts en/of medisch adviseur van verzekeraar op te volgen totdat hij weer geheel hersteld is al het mogelijke te doen om het herstel te bevorderen en verder na te laten wat het herstel kan verhinderen of vertragen;*
(...)
 6. *bij werkhervatting op arbeidstherapeutische basis aan verzekeraar het bewijs te leveren van het arbeidstherapeutische karakter van de werkhervatting (te verstrekken door Arbodienst of particulier reïntegratiebedrijf), teneinde in aanmerking te blijven komen voor een uitkering. (...)*
(...)"

- 2.3 Op 27 oktober 2016 hebben Consumenten bij Verzekeraar gemeld dat de op het polisblad aangeduide 'verzekerde 2' (Consument [naam 2], hierna: Medeverzekerde) vanaf 1 januari 2009 arbeidsongeschikt is als gevolg van PTSS en clusterhoofdpijn. Vervolgens heeft Verzekeraar een verzekeringsarts (verder: Medisch Adviseur) om medisch advies gevraagd. Het advies vermeldt – voor zover relevant – als volgt:

“Opmerkingen

1. *Betrokkene was bekend met clusterhoofdpijn voor ingang van de verzekering, hoewel hij daarna enkele jaren niet door de huisarts gezien is betekent dit dat er sprake is van pre-existentie. Aangezien bij 80 – 85% van de patiënten sprake is van een reeks aanvallen alternerend met pijnvrije periodes, is de kans op een recidief aanzienlijk. In het kader van een acceptatie zou dit dan ook leiden tot een uitsluiting.*

2. Overigens, de frequentie en duur van de aanvallen van clusterhoofdpijn, die betrokkene bij het UWV meldt en die de voornaamste reden voor zijn arbeidsongeschiktheid zijn, lijken in de medische info toch minder frequent en minder langdurig te worden omschreven. De berichtgeving in deze is dan ook niet geheel consistent.

Beantwoording vragen

Claimklacht

1. Claimklachten volgens medische informatie: datum 1^e bezoek arts/wie stelde welke diagnose en welke behandeling volgde?

1. 03-02-09 eerste contact huisarts in verband met depressieve klachten waarvoor medicatie. Diagnose, gesteld door psycholoog: depressieve stoornis, later PTSS, gaf score 50-70. Behandeling afgerond medio 2014.
2. 02-04-03 eerste contact in verband met clusterhoofdpijn. Sindsdien ± eens per jaar bij de huisarts in verband met aanvallen van clusterhoofdpijn waarvoor gebruik van medicatie en evaluatie neuroloog/cardioloog.

2. Klachten “herkenbaar en benoembaar”? Zo niet, argumenten?

Ja, beide.

3. Indien van toepassing psyche: valt de diagnosticeerde aandoening binnen de definitie/dekking van deze voorwaarden?

Er is sprake van een depressieve stoornis en een PTSS, hetgeen valt onder de categorie angststoornissen. De gaf-score varieert, 50-70, waarbij geen exacte termijnen of periodes worden aangegeven.

In ieder geval is de behandeling medio 2014 gestaakt bij de psycholoog, uit de info van de huisarts blijkt niet dat daarna een nieuwe verwijzing heeft plaatsgevonden.

Pre-existentie

is aanwezig voor clusterhoofdpijn.

1. Indien aanwezig: wanneer, door wie vastgesteld? Vond behandeling plaats en zo ja, welke en door wie?

Diagnose voor het eerst gesteld door de huisarts op 02-04-03. Behandeld middels medicatie en leefregels.

2. Uit welke stukken blijkt dat?

Huisartsjournaal.

(...)”

- 2.4 Per brief van 15 februari 2017 heeft Verzekeraar op de claim van Consumenten gereageerd. Volgens Verzekeraar zijn alle uitkeringen die meer dan drie jaar voor de melddatum liggen verjaard. Verzekeraar heeft daarbij verwezen naar artikel 7:942 lid I van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Volgens de Medisch Adviseur was de behandeling voor de psychische klachten medio 2014 met goed resultaat afgerond zodat sprake was van herstel. Volgens Verzekeraar had Medeverzekerde voor psychische klachten van 27 oktober 2013 tot 27 juni 2014 recht op uitkering van het verzekerde maandbedrag.

Verzekeraar heeft daarbij verwezen naar art 23 lid a van de Voorwaarden. Volgens de Medisch Adviseur was Medeverzekerde al voor de looptijd van de Verzekering bekend met clusterhoofdpijnen. Met verwijzing naar artikel I lid g van de Voorwaarden heeft Verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat die klachten niet onder de dekking van de Verzekering vallen.

- 2.5 Consumenten hebben zich over de bovengenoemde standpunten bij Verzekeraar beklagd. Hierna heeft Verzekeraar de uitkering vanwege de psychische klachten tot 27 oktober 2014 verlengd nadat Consumenten een e-mailbericht van de psycholoog hadden toegestuurd waaruit bleek dat het laatste consult op 17 november 2014 had plaatsgevonden. In een e-mailbericht van 15 april 2017 aan Consumenten heeft de psycholoog nog medegedeeld: *“Na het laatste consult in november 2014 zijn de lichamelijke klachten zoals een mate van overprikkelbaarheid en de daaruit voortvloeiende vermoeidheid blijven bestaan. Het belemmert u in een volwaardig functioneren. Volgens de DSM-IV criteria zou de diagnose Ongedifferentieerde somatoforme stoornis (300.81) kunnen worden gesteld. Als zodanig kan worden gesteld dat een volledig herstel tot volwaardig functioneren niet aan de orde is.”* Verzekeraar heeft zich op basis van die diagnose op standpunt gesteld dat de (rest)klachten van Medeverzekerde niet onder de dekking vallen.
- 2.6 Consumenten zijn het evenwel niet eens geworden met de overige standpunten van Verzekeraar en dat heeft tot de onderhavige klacht geleid.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consumenten

- 3.1 Consumenten hebben hun vordering bij repliek gewijzigd. De laatste vordering betreft een bedrag van € 19.770,00, zijnde een uitkering vanaf 1 januari 2010 en na toepassing van 1 jaar eigen risico, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 28 oktober 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 verzekerings-overeenkomst. Consumenten voeren hiertoe de volgende argumenten aan.
- Verzekeraar stelt ten onrechte dat sprake is van verjaring.
Op grond van artikel 22 sub b van de Voorwaarden wordt pas aan het einde van de arbeids-ongeschiktheid uitgekeerd. Die bepaling vermeldt dat de bedragen die maandelijks worden uitgekeerd een voorschot zijn. Uitkering in één som impliceert één verjaringstermijn. Dit houdt in dat het recht op uitkering pas daadwerkelijk wordt geëffectueerd op het moment van het einde van de situatie die het recht doet ontstaan.

Dit zal ertoe leiden dat pas op het moment dat de arbeidsongeschiktheid is geëindigd de verjaring voor het totale gestapelde recht over de gehele periode een aanvang neemt. Consumenten waren zich niet bewust van het bestaan van de Verzekering. Het sluiten van de overeenkomst was verbonden en verweven met de handelingen met als doel het verkrijgen van een hypotheek. Alle informatie van Verzekeraar is via de hypotheekadviseur ontvangen en de schriftelijke informatie is dan ook bij de hypotheekdocumenten opgeborgen. Verzekeraar heeft echter nagelaten om zich na het sluiten van de Verzekering op enig moment rechtstreeks tot Consumenten te wenden. De Voorwaarden vermelden een verjaringstermijn van 1 jaar terwijl volgens de wet een verjaringstermijn van 3 jaar geldt. Verzekeraar heeft Consument ten onrechte niet geïnformeerd over de foutieve bepaling in de Voorwaarden als over de wetswijziging. Als Verzekeraar Consumenten had geïnformeerd was dat aanleiding geweest een claim in te dienen.

- Medeverzekerde heeft klachten die tot uitkering onder de Verzekering moeten leiden althans op grond van de redelijkheid en billijkheid tot uitkering moeten leiden. Wat betreft de PTSS die gepaard gaat met een depressieve gemoedstoestand, angststoornissen en snelle overprikkeling met als gevolg extreme vermoeidheid, is geen sprake van een volledig herstel. Bij Medeverzekerde is sprake van restklachten na het einde van de behandeling. De restklachten zijn een vervolg op de restverschijnselen van de wel gedekte klachten en derhalve zijn die klachten niet van dekking uitgesloten. Medeverzekerde heeft in 2003 zijn huisarts geconsulteerd vanwege clusterhoofdpijn. Destijds is het bij een losse diagnose zonder behandeling gebleven. Daarna heeft Medeverzekerde normaal kunnen functioneren en niet elk jaar een aanval gehad. Medeverzekerde heeft pas weer in 2007 last gekregen. Clusterhoofdpijn veroorzaakt zo ongeveer de ergste pijnbeleving die er bestaat zodat het bezoek aan de huisarts in 2003 los staat van de huidige clusterhoofdpijnen.
- Consumenten hebben op grond van artikel 23 lid a aanhef en sub 6 van de Voorwaarden recht op uitkering. De arbeidsongeschiktheid is niet feitelijk maar fictief geëindigd op basis van de Voorwaarden. Het artikel spreekt over arbeidstherapie maar dat is alleen toepasbaar in situaties dat sprake is van een werkgever. In de onderhavige situatie is sprake van een uitkering van het UWV. In het geval dat het UWV Medeverzekerde ook hersteld had bevonden dan was een re-integratie traject gestart. Aangezien de resterende verzekeringsperiode minder is dan 2 jaar (november 2014 – juni 2016), is het redelijk deze periode toe te wijzen als verzekerde periode.
- Verzekeraar heeft het beroep op coulance niet op een redelijke wijze afgedaan.

Verweer Verzekeraar

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

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consumenten recht hebben op een aanvullende uitkering onder de Verzekering. Die vraag moet worden beantwoord aan de hand van wat partijen met elkaar zijn overeengekomen. In beginsel zijn de verzekeringsovereenkomst en de toepasselijke voorwaarden leidend. De Commissie zal de vraag of recht bestaat op een aanvullende uitkering beantwoorden door de verschillende stellingen van Consumenten te bespreken.

Verjaring

- 4.2 Verzekeraar beschouwt alle maandtermijnen als afzonderlijke vorderingen die vatbaar zijn voor verjaring. Het recht op uitkeringen over de periode voor 27 oktober 2013 is verjaard omdat Consumenten de claim pas op 27 oktober 2016 hebben ingediend. Consumenten stellen dat op grond van artikel 22 sub b van de Voorwaarden de verjaring pas na het einde van de arbeidsongeschiktheid een aanvang neemt omdat de uitkering pas dan opeisbaar is. Hiertegen heeft Verzekeraar zich verweerd door te stellen dat die bepaling geen verband houdt met het leerstuk verjaring maar met fiscaliteit en dat de uitleg van Consumenten zich niet verdraagt met de bedoeling van een verjaringstermijn, namelijk om een verzekeraar niet tot in lengte van jaren te confronteren met een claim.
- 4.3 Partijen verschillen van mening over de uitleg van artikel 22 sub b van de Voorwaarden. Bij de uitleg van verzekeringsvoorwaarden is bepalend de uitleg die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan deze bepalingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten. Het gaat dan in de eerste plaats om de bedoeling van partijen. Dit vloeit voort uit een uitspraak van de Hoge Raad van 13 maart 1981 (de zogeheten Haviltex uitspraak, NJ 1981, 635 – ECLI:NL:HR:1981:AG4158).
- 4.4 Bij de uitleg van verzekeringsvoorwaarden is niet de zuiver taalkundige uitleg van een bepaling doorslaggevend. Bij de uitleg moet rekening worden gehouden met de bijzondere omstandigheden van het geval. Een bijzondere omstandigheid kan zijn dat het gaat om voorwaarden waarover niet onderhandeld is tussen partijen. Dat is aan de orde in het geschil tussen Consumenten en Verzekeraar. Onder voornoemde omstandigheden moeten de voorwaarden in beginsel *objectief* worden uitgelegd. Vergelijk r.o. 16 van Gerechtshof Leeuwarden 3 augustus 2010 ECLI:NL:GHLEE:2010:BN3280 en Geschillencommissie Kifid 29 juli 2015 2015-225.

- 4.5 Gezien het hierboven overwogene zal de Commissie artikel 22 sub b van de Voorwaarden objectief uitleggen, gelezen in het licht van de polisvoorwaarden als geheel. Artikel 22 sub b van de Voorwaarden bepaalt dat *“in alle andere gevallen geschiedt de uitkering aan het einde van de arbeidsongeschiktheid in één som”(…)* De uitkering zal zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, voor elke volle maand van arbeidsongeschiktheid als voorschot (...) op de in de eerste volzin bedoelde som maandelijks en achteraf geschieden. Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen.”
- 4.6 De Commissie is van oordeel dat de stelling van Consumenten dat de vordering pas aan het eind van de arbeidsongeschiktheid opeisbaar is een juiste en op zijn minst *redelijke* lezing van artikel 22 sub b van de Voorwaarden is. De uitleg van Verzekeraar dat het artikel slechts bedoeld is periodieke uitkeringen onbelast te laten kan volgens de Commissie niet zonder meer uit dit artikel worden afgeleid. Ook de stelling van Verzekeraar dat de uitleg van Consumenten zich niet verdraagt met de bedoeling van een verjaringstermijn, namelijk om een verzekeraar niet tot in lengte van jaren te confronteren met een claim volgt niet zonder meer uit dit artikel. In artikel 22 sub b van de Voorwaarden staat immers niet expliciet vermeld dat die bepaling alleen geldt voor de fiscaliteit én niet voor de opeisbaarheid van de uitkering. Dat dit artikel alleen van toepassing is op de fiscaliteit blijkt overigens ook niet uit de volgende aanhef van het artikel: *“Fiscaliteit en betaling van de uitkering”*. Bovendien vermeldt het artikel niet dat als (een deel van) de voorschotten zijn verjaard daarmee (een gelijk deel van) de gehele uitkering, die in één som geschiedt, is verjaard. Daarentegen bepaalt het artikel wel dat *“Deze voorschotten worden geacht niet te zijn uitkeringen welke van maand tot maand worden verkregen”*. De andersluidende uitleg van Verzekeraar wordt derhalve door niets gesteund.
- 4.7 Nu Consumenten een juiste en op zijn minst redelijke uitleg van artikel 22 sub b van de Voorwaarden hebben gegeven, zal de door Consumenten aangedragen lezing in het onderhavige geval worden gevolgd. Dit leidt ertoe dat artikel 22 sub b van de Voorwaarden zo moet worden uitgelegd dat de vordering van Consumenten tegen Verzekeraar voor het doen van een uitkering pas daags na het einde van de arbeidsongeschiktheid van Medeverzekerde opeisbaar is geworden.
- 4.8 Volgens art. 7:942 lid 1 BW verjaart een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.
- 4.9 Gelet op het hierboven overwogene is de Commissie van oordeel dat de verjaringstermijn van drie jaar daags na het einde van de arbeidsongeschiktheid van Medeverzekerde, een aanvang heeft genomen. Vervolgens dient de vraag te worden beantwoord wanneer de arbeidsongeschiktheid van Medeverzekerde is geëindigd.

- 4.10 Verzekeraar heeft op grond van de psychische klachten van Medeverzekerde tot 27 oktober 2014 uitgekeerd omdat hij voor die klachten op 17 november 2014 voor het laatst is behandeld. Kort gezegd menen Consumenten ook recht op uitkering te hebben vanwege de clusterhoofdpijnen en de restklachten van Medeverzekerde en op grond van artikel 23 lid a aanhef en sub 6 van de Voorwaarden en de redelijkheid en billijkheid. De stellingen van Consumenten leiden tot de volgende overwegingen.

Clusterhoofdpijnen

- 4.11 Tussen partijen staat niet ter discussie dat Medeverzekerde in 2003 zijn huisarts heeft bezocht en dat de huisarts de diagnose clusterhoofdpijn heeft gesteld. De aanvangsdatum van de Verzekering is 28 juni 2006. De clusterhoofdpijn van Medeverzekerde heeft zich derhalve binnen 60 maanden voor aanvang van de Verzekering geopenbaard. Dit heeft tot gevolg dat op grond van artikel 20 jo. artikel 1 sub g van de Voorwaarden de clusterhoofdpijnen van Medeverzekerde niet onder de dekking van de Verzekering vallen.

Restklachten

- 4.12 Uit overweging 2.5 volgt dat de restklachten van Consumenten door de psycholoog volgens de DSM-IV criteria zijn gediagnosticeerd als een *ongedifferentieerde somatoforme stoornis*. Die stoornis valt op grond van artikel 20 sub c van de Voorwaarden niet onder de dekking van de Verzekering. De stelling van Consumenten dat de restklachten het gevolg zijn van gedekte klachten zodat de restklachten ook gedekt zijn, volgt niet uit de tussen partijen overeengekomen Verzekering en de op die Verzekering van toepassing zijnde Voorwaarden.

Artikel 23 lid a aanhef en sub 6

- 4.13 Het bovenstaande leidt tot het oordeel dat Consumenten geen recht hebben op een aanvullende uitkering na 17 november 2014. Dit brengt mee dat artikel 23 lid a aanhef en sub 6 van de Voorwaarden niet van toepassing is. Die bepaling ziet immers op de situatie waarin recht op uitkering bestaat en deze kan komen te vervallen als geen bewijs van werkhervatting op arbeidstherapeutische basis is geleverd. Bovendien heeft Medeverzekerde ter zitting verklaard dat geen sprake is van enig re-integratie traject zodat voornoemde bepaling ook daarom niet relevant is.

Redelijkheid en billijkheid

- 4.14 Consumenten stellen dat de klachten van Medeverzekerde naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid tot uitkering zouden moeten leiden. De Commissie is van oordeel dat gezien de klachten van na 17 november 2014 en de klachten voor clusterhoofdpijnen niet onder de dekking van de Verzekering vallen geen reden is om een uitkeringsplicht van Verzekeraar volgens die maatstaven aanwezig te achten.

Slotsom

4.15 Gelet op bovenstaande overwegingen is de arbeidsongeschiktheid volgens de Verzekering per 17 november 2014, zijnde de laatste behandeling voor de psychische klachten, geëindigd en is op dat moment de verjaringstermijn van drie jaar aangevangen. Consumenten hebben de uitkering op 27 oktober 2016 bij Verzekeraar opgeëist zodat de vordering tot uitkering binnen drie jaar na 17 november 2014 is ingediend en niet is verjaard. Verzekeraar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door Consumenten geen uitkering te verstrekken over de gehele periode van arbeidsongeschiktheid van Medeverzekerde.

Hiervan uitgaande had Verzekeraar over de gehele periode vanaf 1 januari 2010 tot en met 17 november 2014 volgens de toepasselijke Voorwaarden in totaal 58 maandtermijnen moeten uitkeren. Aangezien Verzekeraar over de periode vanaf 27 oktober 2013 tot en met 17 november 2014 reeds 12 maandtermijnen heeft uitgekeerd is Verzekeraar gehouden nog 46 maandtermijnen aan Consumenten uit te keren. Verzekeraar heeft de vordering van Consumenten tot toewijzing van de wettelijke rente vanaf 28 oktober 2016 onweersproken gelaten zodat ook die vordering zal worden toegewezen.

5. Beslissing

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consumenten een bedrag betaalt gelijk aan 46 verzekerde maandtermijnen (€ 13.800), vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 28 oktober 2016 tot aan de dag van algehele voldoening.

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/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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.