

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-070
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop, lid, drs. A. Paulusma-de Waal, arts
en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 12 januari 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : London General Insurance Cy. Ltd, gevestigd te Amsterdam, verder te noemen
Verzekeraar
Datum uitspraak : 29 januari 2019
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft zich arbeidsongeschikt gemeld. Verzekeraar heeft de claim afgewezen met een beroep op het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden. Sprake zou zijn van arbeidsongeschiktheid die is ontstaan, bevorderd of verergerd door letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was en/of verricht is. De Commissie heeft geoordeeld dat Verzekeraar in het bewijs daarvan niet is geslaagd en heeft de vordering toegewezen.

I. Procesverloop

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

- het namens Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- het medisch dossier van Verzekeraar, Consument betreffende;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de brief van Verzekeraar van 8 november 2018;
- de in reactie hierop namens Consument ingezonden brief van 27 november 2018.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 8 oktober 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1977, heeft op 13 april 2006 bij Verzekeraar een verzekering Postbank Woonlasten Beschermer afgesloten. Hiertoe heeft hij op diezelfde datum een polisblad ondertekend.

Op dit polisblad is een verkorte gezondheidsverklaring opgenomen, die drie vragen bevat. Deze vragen zijn door Consument met 'neen' beantwoord:

Verklaring verzekerde:

Ook als u een vraag met 'ja' beantwoordt kan de verzekering worden afgesloten, echter ziekten en/ of aandoeningen die in de 12 maanden voorafgaand aan het sluiten van deze verzekering (hebben) bestaan zijn van dekking uitgesloten. Zie artikel 8 lid 1 sub e van de polisvoorwaarden Postbank Woonlasten Beschermer.

- | | |
|--|--|
| - Bent u momenteel ziek of arbeidsongeschikt? | <u>Verzekerde</u>
O ja <input checked="" type="checkbox"/> neen |
| - Ontvangt u momenteel direct of indirect een arbeidsongeschiktheidsuitkering? | O ja <input checked="" type="checkbox"/> neen |
| - Bent u de laatste 12 maanden onder medische behandeling geweest? | O ja <input checked="" type="checkbox"/> neen |

Consument heeft door middel van het plaatsen van zijn handtekening op het polisblad tevens verklaard:

Ik verklaar:

- de van toepassing zijnde polisvoorwaarden IGH (K0904ZAW) te hebben ontvangen en akkoord te gaan met deze voorwaarden.
 - bekend te zijn met het feit dat de premie voor deze verzekering niet aftrekbaar is voor de belastingen en dat de uitkeringen in principe onbelast zijn.
 - met betrekking tot het risico van arbeidsongeschiktheid en onvrijwillige werkloosheid aan de in artikel 1, lid a, gestelde voorwaarden te voldoen.
- mede gelet op de inhoud van artikel 251 Wetboek van Koophandel***, dat de hiervoor gegeven antwoorden/ verklaringen juist zijn en ik geen informatie heb verzwegen welke voor verzekeraar van belang kan zijn.

De verzekering is ingegaan op 27 september 2006. Het verzekerd risico is arbeidsongeschiktheid na het eerste ziektejaar en onvrijwillige werkloosheid. Het verzekerd maandbedrag is € 383,-. De eenmalige premie bedroeg € 1.525,87. De looptijd van de verzekering is 120 maanden, waarna de verzekering tegen maandpremie wordt voortgezet.

2.2 Consument heeft zich op 2 september 2016 per januari 2014 arbeidsongeschikt gemeld wegens een angststoornis en OCS (Obsessief Compulsieve Stoornis). Hij gaf op het schadeaangifteformulier aan deze klachten sinds ± 2009 te ervaren en vanaf die tijd ook behandeling te hebben gezocht.

2.3 Verzekeraar heeft de claim afgewezen met een beroep op de vermelding op het polisblad onder "Verklaring verzekerde" en op het bepaalde in artikel 8 lid 1 sub e van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.

Dit artikellid luidt:

"Artikel 8 Uitsluitingen van het recht op uitkering

1. Er bestaat geen aanspraak op uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd door:

e. letsel of ziekte in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was en/of verricht is."

De stelling van Verzekeraar is dat bij Consument in 2005, in de twaalf maanden voorafgaande aan de ingangsdatum van de verzekering derhalve, de diagnose Obsessief Compulsieve Stoornis, een vorm van angststoornis, is gesteld.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering van het verzekerd maandbedrag over de periode van 2 september 2016 tot december 2017 ($15 \times \text{€ } 383,00 = \text{€ } 5.745,00$), te vermeerderen met de wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor

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

- De huisarts schrijft op 29 augustus 2005 in het patiëntenjournaal: “Diagnose: Obsessief Compulsieve Stoornis OCS P79.00.” Uit deze aantekening blijkt niet wat de klachten van Consument waren, terwijl de huisarts die in 2006 wel heeft genoteerd.
- Consument had in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering geen klachten van OCS.
- Consument heeft de huisarts in 2005 bezocht vanwege het overlijden van een familielid door een auto ongeluk. Dit heeft logischerwijs emotionele verwerking nodig. De diagnose OCS is toen niet door de huisarts met Consument besproken en was dus niet bij Consument bekend.
- De diagnose OCS wordt door de psychiater gesteld, niet door de huisarts. De huisarts heeft een schrijffout gemaakt. Consument is pas in oktober 2006 naar de psychiater doorverwezen en kon daar wegens een wachtlijst pas in december terecht.
- De huidige arbeidsongeschiktheid is niet het gevolg van OCS, maar van een angststoornis.
- De diagnose OCS is pas in 2009 gesteld.
- Als Consument bekend was geweest met de diagnose OCS en dat hiervoor een uitsluiting zou gelden, had hij de verzekering niet afgesloten.
- Sinds 2009 heeft Consument angstaanvallen. Deze hebben tot zijn arbeidsongeschiktheid geleid. Met OCS (dwanggedachten en dwanghandelingen) heeft hij altijd prima kunnen functioneren.

Verweer Verzekeraar

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

- De arbeidsongeschiktheid van Consument is niet gedekt onder de verzekering. De arbeidsongeschiktheid is namelijk ontstaan, bevorderd of verergerd door een ziekte, aandoening of letsel die in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering bestond waarvoor normaliter medische behandeling vereist zou zijn of waarvoor een medische diagnose of behandeling noodzakelijk was en/of is verricht (zie polisblad en artikel 8 lid 1 sub e van de verzekeringsvoorwaarden).

- Volgens Consument is een angststoornis een andere aandoening dan OCS. Consument onderbouwt dit echter niet. De journaalregels van de huisarts en de specialistenbrief van de psychiater spreken dit juist tegen. Daarbij komt dat Consument erkent dat hij met psychische klachten in het jaar voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering bij de huisarts is geweest.
- In 2005 is de diagnose OCS gesteld. OCS is een angststoornis. Deze diagnose kan alleen door een psychiater worden gesteld. Consument moet dus behandeld zijn geweest door een psychiater. De psychiater heeft zelfs geschreven dat het om een recidive aandoening gaat.
Op 2 oktober 2006 schrijft de huisarts: “Diagnose: Andere neurose P79.00.” En ook: “Heeft sinds de verhuizing erg veel last van obsessieve handelingen bv hele dag douchen eet en slaapt niet goed. Heeft een huis gekocht, maar beleeft dat nu niet als prettig ivm zijn fobieën en dwanghandelingen. Cave Suicidale.”
Consument was zich kennelijk goed bewust van zijn klachten.
- De stelling van Consument dat geen behandeling heeft plaatsgevonden en dat daarom de uitsluiting van artikel 8 lid 1 sub e van de verzekeringsvoorwaarden niet van toepassing is, gaat niet op. In de jurisprudentie (zie onder meer Hof Amsterdam 14 september 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BO1229) is geoordeeld dat het bij een ziekte conform de uitsluitingsgrond niet nodig is dat de medische diagnose of de behandeling in een periode van twaalf maanden voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst heeft plaatsgevonden of noodzakelijk was. Voldoende is dat op enig moment voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst sprake is van een ziekte die daadwerkelijk is gediagnosticeerd of behandeld dan wel waarbij dat – objectief gesproken – noodzakelijk zou zijn geweest. In 2005 is een diagnose gesteld door een psychiater.

In de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering was dus al sprake van een gediagnosticeerde ziekte. Behandeling in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering is volgens onder andere het Hof Amsterdam niet noodzakelijk.

4. Zitting

Ter zitting heeft Verzekeraar zich bereid verklaard de arbeidsongeschiktheidsclaim van Consument alsnog in behandeling te nemen, op voorwaarde dat Consument Verzekeraar een medische machtiging verstrekt op grond waarvan (de medisch adviseur van) Verzekeraar nadere informatie kan opvragen bij de behandelaars van Consument. Dit aanbod was ingegeven door de opmerking van de Commissie dat het medisch dossier bepaald aan duidelijkheid te wensen overlaat. Zo heeft de behandelend psychiater verklaard dat in 2006 geen sprake was van ziekte en dat de diagnose OCS pas in 2009 is gesteld. De huisarts heeft in zijn journaal genoteerd dat de psychiater in oktober 2006 melding maakt van een recidief OCS. De huisarts kent Consument overigens pas sinds 2006. De vorige huisarts heeft in augustus 2005 OCS genoteerd zonder enige verdere duiding. Consument zelf stelt in 2005 bij zijn huisarts te zijn geweest wegens verwerking van een overlijdensgeval en de diagnose OCS pas in 2009 te hebben vernomen. Het had naar het oordeel van de Commissie dan ook op de weg van Verzekeraar gelegen om nader onderzoek te doen.

Consument heeft zich ter zitting bereid verklaard de gevraagde medische machtiging te verstrekken.

De Commissie heeft de behandeling van de klacht vervolgens aangehouden en de uitkomst van het nader medisch onderzoek afgewacht. Bij brief van 8 november 2018 heeft Verzekeraar de Commissie bericht dat hij op 18 oktober 2018 twee klinieken heeft aangeschreven bij wie Consument psychologische behandeling of begeleiding zou hebben gehad.

Van deze klinieken is echter geen reactie ontvangen. Consument is daarop verzocht zelf informatie op te vragen en deze aan Verzekeraar ter beschikking te stellen. Consument heeft van beide klinieken te horen gekregen dat geen gegevens (meer) voorhanden zijn. De Commissie heeft de zaak daarna nader beoordeeld en een beslissing genomen.

5. Beoordeling

5.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op uitkering onder de verzekering. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

5.2 De Commissie is van oordeel dat het medisch dossier aan duidelijkheid te wensen overlaat (zie hierboven onder 4). Over de toestand van Consument in 2005 en 2006 zijn tegenstrijdige berichten gegeven. Het is dan aan Verzekeraar, die zich op het vermelde op het polisblad en op het bepaalde in artikel 8 lid 1 sub e van de verzekeringsvoorwaarden heeft beroepen, en die daarop het standpunt baseert dat geen aanspraak op dekking bestaat omdat Consument in de twaalf maanden voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering al bekend was met OCS, en op wie dientengevolge de bewijslast daarvan rust, nadere informatie ter onderbouwing van dit standpunt te overleggen. Nu Verzekeraar die nadere informatie niet reeds tijdens de claimbehandeling heeft opgevraagd en na de zitting niet heeft verkregen, is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar in zijn bewijsvoering niet is geslaagd. Daarbij komt dat Consument ter zitting naar het oordeel van de Commissie voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de oorzaak van zijn psychisch acute disfunctioneren gelegen was in een gebeurtenis tijdens zijn verhuizing in oktober 2006, na de ingangsdatum van de verzekering derhalve. Daarvóór functioneerde hij goed. De Commissie verbindt hieraan de conclusie dat Verzekeraar dekking dient te verlenen. De door Verzekeraar aangehaalde uitspraak van het Hof Amsterdam (zie hierboven onder 3.3) is hier niet van toepassing.

5.3 De conclusie is dat Verzekeraar toerekenbaar is tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom toe.

6. 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 € 5.745,-, met rente gelijk aan de wettelijke rente vanaf 2 september 2016 over de dan verschenen termijnen en over de nadien verschenen termijnen vanaf de vervalddag van iedere termijn 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.