

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-215
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, drs. A. Paulusma-de Waal, arts,
mr. J.S.W. Holtrop, leden en mr. J.J. Guijt, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 25 april 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, verder te noemen Administrateur
Datum uitspraak : 27 maart 2019
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Consument heeft in maart 2017 een beroep op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering gedaan in verband met psychische klachten. Administrateur heeft dit verzoek afgewezen omdat niet aan de voorwaarden voor uitkering bij psychische klachten, zoals neergelegd in de voorwaarden, werd voldaan. Consument heeft hiertegen bezwaar gemaakt en Administrateur op 2 augustus 2017 laten weten dat hij ook last heeft van rugklachten en voor die klachten op 6 juli 2017 bij de huisarts is geweest. Administrateur heeft Consument een uitkering verstrekt voor de arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten. Deze uitkering wegens rugklachten is – met inachtneming van de eigen risicoperiode van 30 dagen – verstrekt per 5 augustus 2017. Consument stelt zich op het standpunt dat hij ook recht heeft op uitkering onder de Verzekering in verband met rugklachten vanaf maart 2017, dan wel mei 2017 omdat Administrateur naar aanleiding van de melding wegens psychische klachten ook zelf aanvullend onderzoek naar mogelijk andere klachten had moeten verrichten. De Commissie oordeelt dat Administrateur eerst vanaf het moment dat de rugklachten aan hem werden gemeld (2 augustus 2017) daarnaar onderzoek behoefde te doen. Gesteld noch gebleken is dat Consument zich in maart, dan wel mei 2017 onder behandeling van een arts heeft gesteld. Bovendien acht de Commissie niet aannemelijk de stelling van Consument dat sinds 2016 sprake is geweest van doorlopende arbeidsongeschiktheid. De Commissie wijst de vordering af.

I. Procesverloop

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

- het namens Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de namens Consument ingediende klachtbrief van 24 april 2018;
- de brief van de gemachtigde van Consument van 12 september 2018;
- het verweerschrift van Administrateur;
- de namens Consument ingediende repliek.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

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 met ingang van 1 november 2008, met tussenkomst van een tussenpersoon, een verzekering TAF Zelfstandigenplan (hierna: de Verzekering) met dekking bij overlijden en arbeidsongeschiktheid bij Quantum Leben AG afgesloten. De looptijd van de Verzekering bedraagt 284 maanden. De premie bedraagt € 248,92 per maand en het verzekerd maandbedrag bedraagt € 2.000,-. Voor de dekking bij arbeidsongeschiktheid geldt een wachttijd van 30 dagen.

2.2 Op de Verzekering zijn de Algemene verzekeringsvoorwaarden TAF Zelfstandigenplan QL ZSP 08-2011 A (hierna: 'de Voorwaarden') van toepassing. Hierin staat, voor zover hier relevant:

“6. Arbeidsongeschiktheid

6.1 Gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid is arbeidsongeschiktheid aanwezig indien de verzekerde, rechtstreeks en uitsluitend door op medische gronden vast te stellen en naar objectief te meten gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval, conform de gekozen uitkeringsdrempel, ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. (...)

(...)

6.4 Eerste dag van arbeidsongeschiktheid

De dag waarop de verzekerde, conform de gekozen uitkeringsdrempel, zijn eigen werkzaamheden heeft gestaakt en de lichamelijke ziekte en/of ongeval op basis van objectief te meten medische gronden door een bevoegd arts is vastgesteld. (..)

9. Vaststelling van de uitkering

9.1 De mate van arbeidsongeschiktheid, de omvang van de uitkering en de periode waarvoor deze zal gelden, worden vastgesteld door de verzekeraar aan de hand van gegevens van de door de verzekeraar aan te wijzen medische en andere deskundigen.

(..).”

2.3 Consument heeft op 15 maart 2017 een beroep op de Verzekering gedaan in verband met arbeidsongeschiktheid. Consument heeft hiertoe een schadeaangifteformulier ingevuld. Hierin heeft Consument vermeld dat hij overspannen, burn-out is.

Hij omschrijft zijn klachten als ‘futloos (..), geen energie, niks lukt, hoofd zit vol etc.’. Verder schrijft hij dat de klachten zijn ontstaan op 20 februari 2017, dat zijn laatste werkdag voordat hij arbeidsongeschikt werd 28 februari 2017 was en dat hij op 1 maart 2017 voor het eerst een arts in verband met genoemde klachten heeft geraadpleegd.

- 2.4 Administrateur heeft vervolgens medische informatie bij de behandelaars van Consument opgevraagd. Bij brief van 14 juli 2017 heeft Administrateur het verzoek om uitkering wegens voornoemde psychische klachten afgewezen omdat niet aan de voorwaarden voor uitkering bij psychische klachten, zoals neergelegd in artikel 6.2 van de Voorwaarden, werd voldaan. Consument heeft hiertegen op 28 juli 2017 bezwaar gemaakt. Op 2 augustus 2017 heeft Consument Administrateur medegedeeld dat hij ook last had van rugklachten. Namens Consument is op dat moment een uitdraai van het huisartsenjournaal vanaf 1 maart 2017 aan Administrateur verstrekt. Hierin staat vermeld dat Consument op 6 juli 2017 bij de huisarts is geweest in verband met sinds vier weken bestaande rugklachten.
- 2.5 Administrateur heeft Consument vervolgens – in verband met de eigen risicoperiode van 30 dagen - per 5 augustus 2017 een uitkering verstrekt voor de arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten.
- 2.6 Consument heeft bezwaar gemaakt tegen uitkering per 5 augustus 2017.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering over de periode maart 2017 tot augustus 2017, dan wel subsidiair over de periode mei 2017 tot augustus 2017, vermeerderd met wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt op de grondslag dat Administrateur toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst, dan wel de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
 - Administrateur heeft zich bij de arbeidsongeschiktheidsmelding van Consument ten onrechte slechts geconcentreerd op de psychische klachten van Consument en niet ook gekeken naar mogelijke andere klachten. Uit artikel 9.1 van de Voorwaarden volgt dat Administrateur zich op basis van alle ingewonnen informatie zelfstandig een oordeel moet vormen over al dan niet verzekerde arbeidsongeschiktheid ook als die niet uitdrukkelijk gemeld is.
 - Doordat de psychische klachten destijds op de voorgrond stonden zijn de rugklachten niet in het schadeangifteformulier vermeld.

- De rugklachten van Consument hadden ook al in maart 2017 tot uitkering moeten leiden. Uit het huisartsenjournaal volgt immers dat Consument zich in het najaar van 2016 al meldde met rugklachten en dat daarvoor ook behandeling aangewezen was. Voor zover uitkering niet al vanaf maart 2017 had moeten plaatsvinden, dan had dit in ieder geval vanaf mei 2017 gemoeten omdat uit specialisteninformatie volgt dat de rugklachten in ieder geval toen apert in beeld waren. Consument verwijst ter onderbouwing van zijn stelling naar de conclusie in een concept rapport dat is opgesteld naar aanleiding van een medisch expertise-onderzoek waarin staat opgenomen: ‘Retrospectief kan gesteld worden dat de hernia waarschijnlijk al is ontstaan in september 2016, toen hij een acute heftige pijn rechts in de onderrug kreeg bij een poging om een grasmaaimachine in een bus te tillen’. De rugklachten van Consument zijn sinds het najaar van 2016 nooit verdwenen.
- Administrateur is niet consequent over de vraag of hij de claim van Consument slechts op basis van het schadeaangifteformulier heeft beoordeeld.
- Administrateur had in ieder geval in het kader van bij de latere claim meer expliciet opgekomen informatie, waarvoor in het kader van de eerdere claim aanleiding had kunnen bestaan die te honoreren dan wel te onderzoeken, de tweede claim met terugwerkende kracht moeten honoreren.

Verweer Administrateur

3.3 Administrateur heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Daarbij heeft hij het volgende aangevoerd:

- Op grond van artikel 14.1 van de Voorwaarden kan er na afwijzing van een claim alleen een nieuwe claim ingediend worden als de verzekerde tussen beide claims gedurende 180 dagen volledig en aaneengesloten gewerkt heeft. Hoewel Consument daaraan niet voldeed, heeft Administrateur de rugklachten als nieuwe claim in behandeling genomen en heeft hij – zonder daartoe (wettelijk) verplicht te zijn – besloten Consument een maand uitkering te verstrekken voor zijn psychische klachten.
- Administrateur hoefde pas vanaf het moment dat Consument hem heeft laten weten arbeidsbeperkingen te ervaren vanwege rugklachten – te weten op 2 augustus 2017 – de rugklachten in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling te betrekken.
- Het schadeaangifteformulier in combinatie met eventuele aanvullende informatie uit de telefonische intake is het uitgangspunt bij de start van de claimbehandeling. De medisch adviseur moet zich bij het opvragen van informatie beperken tot de geclaimde klachten en het is hem dus niet toegestaan om het integrale huisartsenjournaal op te vragen. Mochten er uit de medische informatie nog andere klachten blijken die van invloed zijn op de arbeidsongeschiktheid dan wordt ook daar onderzoek naar gedaan. De claim van Consument is dus niet alleen op grond van de schadeaangifte beoordeeld, maar ook op grond van de medische informatie.

- Dat blijkt uit een neurologische expertise uit 2018 volgt dat in retrospectief opzicht de hernia bij Consument waarschijnlijk is ontstaan in 2016 laat onverlet: (1) dat de hernia destijds niet door een bevoegd arts is vastgesteld, (2) dat Consument bij Administrateur vóór 2 augustus 2017 geen melding heeft gemaakt van arbeidsongeschiktheid door rugklachten en (3) dat daarmee nog niet is vastgesteld dat de hernia vanaf een moment eerder dan 6 juli 2017 voor arbeidsongeschiktheid heeft gezorgd.
- Uit het overgelegde huisartsenjournaal blijkt dat Consument op 6 juli 2017 de huisarts heeft bezocht in verband met rugklachten. Die dag is op grond van artikel 6.4 van de Voorwaarden aan te merken als de eerste dag van arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten. In maart, dan wel mei 2017 waren de rugklachten van Consument nog niet door een bevoegd arts vastgesteld. Bovendien heeft Consument volgens het huisartsenjournaal op 6 juli 2017 gezegd dat de rugklachten sinds vier weken bestonden. Van doorlopende rugklachten vanaf 2016 is dan ook geen sprake. Het enkel ervaren van rugklachten is bovendien niet voldoende om voor uitkering onder de Verzekering in aanmerking te komen. De klachten moeten ook tot arbeidsongeschiktheid leiden. Dat deden de rugklachten blijkbaar tot 6 juli 2017 niet, gezien het feit dat Consument tussen 14 december 2016 en 6 juli 2017 niet bij de huisarts op spreekuur is geweest in verband met rugklachten. Daar komt bij dat Consument bij de claim die hij in maart 2017 heeft ingediend, bij de telefonische intake en in zijn bezwaar naar aanleiding van de afwijzing de rugklachten niet heeft gemeld. Daarmee is niet aannemelijk dat de rugklachten toen bestonden en dermate invaliderend waren dat deze tot arbeidsongeschiktheid hebben geleid.
- Mocht Consument recht hebben op een aanvullende uitkering – hetgeen Administrateur betwist – dan is dit voor hooguit twee maanden en 1 week. Consument heeft immers tot 28 februari 2017 gewerkt en de eigen risicoperiode loopt dan tot en met 30 maart 2017. Administrateur heeft – zonder daartoe (wettelijk) verplicht te zijn voor de psychische klachten een uitkering gedaan tot en met 29 april 2017 en voor de rugklachten is Administrateur uitgegaan van een startdatum van de claim per 6 juli 2017.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op uitkering onder de Verzekering in verband met rugklachten over de periode van maart 2017, dan wel mei 2017, tot augustus 2017. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt daartoe als volgt.
- 4.2 In het schadeaanvraagformulier dat Consument op 15 maart 2017 aan Administrateur heeft verstrekt heeft hij melding gemaakt van overspannenheid en burn-out. Administrateur heeft op basis van deze melding vervolgens informatie bij de behandelaars van Consument opgevraagd en zich daarbij beperkt tot de geclaimde psychische klachten.

Voor zover Consument van mening is dat Administrateur op grond van artikel 9 lid 1 van de Voorwaarden verplicht was om zelf ook aanvullend onderzoek naar mogelijk andere klachten te verrichten, deelt de Commissie deze mening van Consument niet. Eerst op 2 augustus 2017 heeft Consument zijn rugklachten bij Administrateur gemeld en heeft deze daarnaar onderzoek behoeven te doen.

- 4.3 Uitgangspunt is dat het aan Consument is om de door hem gestelde arbeidsongeschiktheid en een gedekte oorzaak van deze arbeidsongeschiktheid aannemelijk te maken. Het is vervolgens aan Administrateur om de daartoe door Consument overgelegde gegevens te beoordelen en aan de hand van een zorgvuldige procedure een gemotiveerd standpunt in te nemen.
- 4.4 Uit de overgelegde stukken volgt dat Consument zich op 12 september 2016 en 14 december 2016 tot de huisarts heeft gewend met rugklachten en gedurende de periode van 13 september tot en met 7 november 2016 fysiotherapie heeft gevolgd. Voorts volgt uit de overgelegde stukken dat Consument zich op 6 juli 2017 tot de huisarts heeft gewend in verband met sinds vier weken bestaande rug- en beenklachten.
- 4.5 Dat Consument zich in september en december 2016 tot zijn huisarts heeft gewend in verband met rugklachten brengt niet automatisch mee dat ook al per 1 maart 2017, dan wel 1 mei 2017 sprake was van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden. Gesteld noch gebleken is immers dat Consument zich in maart, dan wel mei 2017 naar aanleiding van bedoelde rugklachten onder behandeling van een arts had gesteld. Bovendien is niet aannemelijk dat sinds 2016 sprake is geweest van doorlopende arbeidsongeschiktheid nu Consument bij zijn bezoek aan de huisarts in juli 2016 zelf heeft medegedeeld dat de klachten sinds vier weken bestaan en hij bovendien in zijn schadeaangifte van maart 2017, bij de telefonische intake daarvan en bij zijn bezwaar tegen de uitkeringsafwijzing geen melding heeft gemaakt van rugklachten.
- 4.6 Hoewel de Commissie kan begrijpen dat Consument uit het neurologisch expertise-onderzoek dat in 2018 heeft plaatsgevonden achteraf tot de slotsom is gekomen dat al in september 2016 bij Consument een hernia is ontstaan, betekent dit niet dat toen reeds sprake was van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden.
- 4.7 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat niet is komen vast te staan dat Administrateur toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen, dan wel zijn zorgplicht heeft geschonden. Dit betekent dat Administrateur niet gehouden is tot aanvullende uitkering aan Consument over te gaan. De Commissie wijst de vordering van Consument dan ook af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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.