

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-710
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. K. Engel, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden
en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 4 september 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : London General Insurance Cy. Ltd, onderdeel van The Warranty Group Europe Limited,
gevestigd te Amsterdam, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 20 september 2019
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft op 10 april 2018 een beroep op zijn verzekering gedaan in verband met arbeidsongeschiktheid. Het beroep op verjaring door verzekeraar gaat niet geheel op. Consument kan pas bekend worden verondersteld met de opeisbaarheid van zijn vordering nadat hij van zijn cardioloog te horen had gekregen dat zijn vermoeidheidsklachten werden veroorzaakt door CVS/ME en niet, zoals tot dan werd aangenomen, het gevolg waren van een hartziekte. De Commissie oordeelt dat Consument op 18 augustus 2014 bekend moet worden verondersteld met zijn vorderingen. Omdat Consument pas op 10 april 2018 zijn claim heeft ingediend zijn 56 van de 100 termijnen verjaard. Verzekeraar moet nog 44 termijnen aan Consument betalen. Vordering toegewezen.

I. Procesverloop

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

- het namens Consument 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. Haar uitspraak kent dan ook een bindend karakter.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 23 april 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Op 14 maart 2008 heeft Consument, in het kader van een hypotheekaanvraag, bij Verzekeraar een aanvraag voor een Postbank Woonlastenbeschermer 0107 (hierna: de verzekering) ingediend. Consument, die toen al sinds 22 september 2006 arbeidsongeschikt was, heeft hiertoe een uitgebreide gezondheidsverklaring ingevuld met een daarbij behorende bijlage. Daarin heeft hij het volgende opgegeven:

3. Uw gezondheidstoestand	Heeft u hieronder een of meer categorieën aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.
Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?	<input type="radio"/> A. Ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid? <input type="radio"/> B. Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout? <input checked="" type="radio"/> C. Verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartkloppingen, ziekten van hart of bloedvaten? <input type="radio"/> D. Verhoogd cholesterol, suikerziekte, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen? <input type="radio"/> E. Aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie? <input type="radio"/> F. Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier? <input type="radio"/> G. Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen? <input type="radio"/> H. Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, bloedziekte, bloedarmoede? <input type="radio"/> I. Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI? <input type="radio"/> J. Huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie? <input type="radio"/> K. Neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stemband-aandoeningen? <input type="radio"/> L. Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst?
Let op! U moet ook een rubriek aankruisen als u: - een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd; - opgenomen bent geweest in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting; - geopereerd bent; - nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt; - nog onder controle staat.	
Heeft u hierboven een of meer categorieën aangekruist?	<input type="radio"/> Nee <input checked="" type="radio"/> Ja, vul de bijlage bij vraag 3 in.

En het volgende:

Letter van de rubriek vraag 3.	<u>C</u>	
Aan welke aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen lijdt u of heeft u geleden?	HARTKLAGTEN + VERMOEIDHEID. DOORZAKEN VERMOEIDHEID WAS DE STATINE PILLEN. DEZE KLACHT IS NA VERLANNING VAN MEDICYN. WES SE RUKAN.	
In welke periode(n) heeft of had u deze aandoening, ziekte, gebrek of klacht daaronder begrepen?	<u>28/6/08</u>	t/m heden.

2.2 Consument heeft dus op het aanvraagformulier opgegeven waardoor hij op dat moment al achttien maanden arbeidsongeschikt is: hartklachten en vermoeidheid.

- 2.3 Verzekeraar heeft op 3 juli 2008 een polisblad afgegeven, waaruit het volgende blijkt. Na betaling van een koopsom (incl. eenmalige poliskosten) van € 1.232,50 is de verzekering tot stand gekomen met als ingangsdatum 27 mei 2008. Het verzekerd maandbedrag is € 600,-. De verzekering kent, voor het risico van arbeidsongeschiktheid, een eigen risicotermijn van een jaar en een uitsluiting die als volgt luidt:

Arbeidsongeschiktheid welke het gevolg is van, of verband houdt met de volgende ziekte(n), aandoening(en) of letsel(s) is (zijn) uitgesloten van dekking:

- Hartklachten

Op het polisblad staat voorts vermeld dat de looptijd van de verzekering 120 maanden is en dat daarna de verzekering tegen maandpremie wordt voortgezet.

- 2.4 In het dossier dat partijen bij het Kifid hebben ingediend, bevindt zich een verzekerings-geneeskundige rapportage van 11 januari 2010 van een verzekeringsarts van het UWV. Daaruit blijkt dat Consument zich op 22 september 2006 arbeidsongeschikt meldde voor zijn werk als project manager ICT vanwege hartklachten en psychische klachten. Na re-integratie viel Consument medio 2009 opnieuw volledig uit met toename van klachten. In het rapport staat ook het volgende:

“Het verzekeringsgeneeskundige onderzoek levert op dat cliënt door zijn cardiale problematiek beperkingen ondervindt t.a.v. activiteiten waarbij een hogere hartfrequentie optreedt, meer concreet bij meer dan lichte fysieke inspanning en bij stress.

Door de moeheidsklachten en psychische problematiek ondervindt cliënt eveneens beperkingen op het energetische en het psychische vlak. Het beperkte activiteitenpatroon geeft tevens aanleiding tot een urenbeperking tot circa halve dagen / 20 uur per week.

Voor een volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden is geen onderbouwing. M.n. is er geen sprake van ernstig persoonlijk en sociaal disfunctioneren of ADL-afhankelijkheid.”

- 2.5 Uit een brief van 16 februari 2010 van het UWV, gericht aan Consument, blijkt dat Consument voor 84,50 procent arbeidsongeschikt is bevonden per einde wachttijd (19 september 2009, nadat de werkgever een loonsanctie van een jaar was opgelegd) en dat hem een WIA-uitkering is toegekend.

2.6 Bij brief van 18 augustus 2014 heeft de behandelend cardioloog van Consument diens huisarts – voor zover relevant – als volgt bericht:

Samenvattend:

58 jarige patiënt met sinds 8 jaar klachten van vermoeidheid en andere klachten. Als de klachten op een rij gezet worden voldoen de klachten aan de in Nederland geldende criteria voor CVS en ook aan de internationale consensus criteria voor ME. De diagnose CVS/ME werd dus gesteld. Volgens de consensus criteria betreft het een geringe tot matige vorm.

2.7 Per brief van 1 maart 2018 heeft Verzekeraar Consument eraan herinnerd dat hij tien jaar geleden, bij het afsluiten van zijn hypotheek via zijn hypotheekadviseur, een woonlastenverzekering heeft afgesloten en dat de premie destijds voor 10 jaren in één keer is betaald. Verzekeraar verzoekt Consument in deze brief om bepaalde persoonsgegevens te verschaffen, zodat de verzekering tegen een maandelijkse premie kan worden voortgezet.

2.8 Op 10 april 2018 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid een beroep op de verzekering gedaan middels een door hem ondertekend schadeaangifteformulier. Consument heeft hierin aangegeven arbeidsongeschikt te zijn wegens:

- Sinds juni 2006 bestaande klachten van pijn op de borst bij inspanning en verminderde energie. Deze klachten zouden worden veroorzaakt door verkrampting van de hartaderen waardoor verminderde energie. Consument meldt als medicijngebruik Adalat, Statines en bloedverdunners.
- Extreme hartkloppingen met daarna heftige druk op de borst sinds juni 2007. Volgens opgave van Consument kon de cardioloog geen zekere diagnose stellen, maar vermoedde hij een probleem van de kleine bloedvaten. Consument geeft aan dat hij door deze klachten arbeidsongeschikt is geweest van juni 2007 tot en met mei 2008.
- Klachten over extreme moeheid en concentratieverlies sinds augustus 2009, waarvan het UWV in 2009 de diagnose zou hebben gesteld op een burn-out, terwijl de cardioloog in 2014 de diagnose heeft gesteld op ME/CSV. Consument geeft aan dat hij door deze klachten arbeidsongeschikt is van augustus 2009 tot heden.

2.9 Bij brief van 4 mei 2018 heeft Verzekeraar Consument bericht dat arbeidsongeschiktheid als gevolg van of verband houdende met hartklachten is uitgesloten van dekking. Tevens bericht Verzekeraar aan Consument dat iedere verplichting voor een verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart na verloop van drie jaar, dat er een eigenrisicoperiode van een jaar van toepassing is, dat Consument dus uiterlijk vier jaar na augustus 2009, dus in augustus 2013, aanspraak op zijn verzekering had moeten maken en dat daarom ieder recht op uitkering is verjaard. Na het doorlopen van de interne klachtprocedure heeft Consument daarover een klacht aan Kifid voorgelegd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog met terugwerkende kracht vanaf april 2015 overgaat tot uitbetaling van de maandelijkse uitkering ad € 600,-.

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 verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- Consument betwist niet dat zijn vordering deels is verjaard. Verzekeraar miskent echter bij zijn berekening van de nog openstaande maandtermijnen dat de verjaringstermijn pas gaat lopen na het verstrijken van de eigen risico-periode. Consument is bovendien pas per 1 juli 2009 definitief uitgevallen en kon, na de wachttijd van een jaar, pas een beroep doen op de verzekering. Een en ander brengt met zich mee dat niet 84 maar slechts 54 maandtermijnen zijn verjaard, zodat vanaf april 2015 nog 46 maandtermijnen overblijven.
 - Consument heeft in 2007 vastgesteld dat zijn vermoeidheid werd veroorzaakt door een bijwerking van het door hem gebruikte medicijn Statine. Hierna is Consument gestopt met die medicatie en verdwenen de klachten. In 2009 kwamen die terug. Consument weerspreekt dat zijn huidige arbeidsongeschiktheid is gerelateerd aan hartklachten. Consument heeft daartoe het advies van een medisch adviseur overgelegd. Ook volgens zijn cardioloog is dat niet het geval. ME/CVS is een aparte diagnostische entiteit zonder enige relatie met het hart. Verzekeraar heeft dit, in weerwil van de verklaring van de cardioloog, niet laten onderzoeken door een onafhankelijk verzekeringsarts. Het beroep van Verzekeraar op de uitsluiting houdt daarom geen stand.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Alle vorderingen tussen 14 maart 2008 en 10 april 2015 zijn verjaard. Van de maximaal 100 maximale termijnen mogen de 84 verjaarde termijnen worden afgetrokken dus dan blijven er 16 termijnen over.
 - Consument kan geen rechten aan de verzekering ontleen omdat hij arbeidsongeschikt is geraakt door medische klachten die al bestonden bij het aangaan van de verzekering. Consument heeft bij het aangaan van de verzekering zelf aangegeven dat zijn vermoeidheidsklachten worden veroorzaakt door het gebruik van cholesterolverlagers. Dat nu daarvoor een andere diagnose (CVS/ME) wordt afgegeven, maakt dat niet anders. De klachten zijn hetzelfde gebleven maar hebben alleen een andere naam gekregen.

4. Beoordeling

- 4.1 De arbeidsongeschiktheidsverzekering van Consument gaat uit van periodieke uitkeringen. Elke periode is dertig dagen lang. Maximaal worden honderd van die periodieke uitkeringen gedaan.
- 4.2 Is de vordering van Consument tot uitkering onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering verjaard en, zo ja, voor hoeveel uitkeringstermijnen?
- 4.3 Consument is meer dan één keer door ziekte uitgevallen. De laatste keer was dat in 2009 na een re-integratie. De Commissie heeft niet kunnen vaststellen op welke dag Consument toen is uitgevallen. Nu Consument heeft opgegeven (en Verzekeraar niet heeft weersproken) dat hij sinds augustus 2009 lijdt aan extreme vermoeidheid en concentratieverlies en uit een rapport van het UWV blijkt dat hij in september 2009 is uitgevallen, gaat de Commissie, bij gebrek aan meer gedetailleerde informatie, ervan uit dat Consument met ingang van 16 augustus 2009 arbeidsongeschikt is wegens extreme vermoeidheid en concentratieverlies.
- 4.4 Vóór 16 augustus 2009 was Consument arbeidsongeschikt door hartklachten, althans zo heeft hij dit zelf ervaren, zo heeft hij het opgegeven aan Verzekeraar (zie hiervoor onder 2.8) en daarvan gingen ook zijn behandelend artsen uit.
- 4.5 16 augustus 2009 was dus de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid van Consument waar het in deze zaak om gaat. In de verzekeringsvoorwaarden is een wachttijd opgenomen van een jaar, zodat Consument niet eerder recht op een uitkering onder de verzekering had dan vanaf 16 augustus 2010.
- 4.6 Maar Consument maakte op dat recht geen aanspraak. Dat kwam omdat hij aannam dat zijn arbeidsongeschiktheid lag aan grote vermoeidheid door een hartziekte. Dat mocht Consument ook zo aannemen, want de medici hadden deze diagnose gesteld en aan hem verteld. Arbeidsongeschiktheid door hartklachten was uitgesloten van dekking onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Dat Consument niet claimde onder zijn verzekering valt hem op dat moment niet te verwijten.
- 4.7 Uit de rapportage van 18 augustus 2014 (zie hiervoor 2.6) blijkt dat de behandelend hartspecialist van Consument heeft vastgesteld dat de klachten niet konden worden toegeschreven aan een hartaandoening, zoals tot dat moment werd aangenomen, maar berusten op het beeld van CVS/ME. Dat moet naar het oordeel van de Commissie worden aangemerkt als een aparte diagnostische entiteit zonder enige (causale) relatie met het hart.

De ongemotiveerde stelling van Verzekeraar dat sprake is van klachten waaraan alleen maar een andere naam werd gegeven, onderschrijft de Commissie niet.

- 4.8 Consument moet op de hoogte zijn gebracht van de diagnose van de hartspecialist. De Commissie gaat ervan uit dat dit op 18 augustus 2014 was. Dus mag Consument vanaf 18 augustus 2014 bekend worden verondersteld met het gegeven dat hij tóch kon claimen onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. Had hij dat gedaan, dan had hij recht op betaling in één keer van alle termijnen die toen al voorbij waren vanaf 16 augustus 2010. Want zijn arbeidsongeschiktheid vanaf die datum had niet te maken met hartklachten en was dus niet van dekking uitgesloten.
- 4.9 Maar Consument claimde niet eerder dan op 10 april 2018. Omdat er een verjaringstermijn geldt van drie jaar, had Consument geen recht meer op alle termijnen die hij al had kunnen (en moeten) indienen voor 10 april 2015. Als Consument op 9 april 2015 aanspraak gemaakt zou hebben op uitkering onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering, dan zou hij recht hebben gehad op uitbetaling van alle termijnen die vallen in de periode vanaf 16 augustus 2010 tot en met 9 april 2015. Bij elkaar zijn dat 56 termijnen. De Commissie heeft dat berekend door de 1698 dagen waaruit dit tijdvak bestaat te delen door 30 dagen (de lengte van iedere uitkeringstermijn).
- 4.10 Er blijven dan 18 dagen over. In artikel 7 lid 3 van de verzekeringsvoorwaarden staat dat het recht op uitkering ingaat na een periode van ten minste 30 dagen, waaruit de Commissie afleidt dat pas na afloop van iedere periode recht op betaling bestaat. De overblijvende 18 dagen kon Consument dus niet voor of op 9 april 2015 claimen. Dat betekent het recht van Consument op uitkering van 56 uitkeringstermijnen van 30 dagen verjaard is.
- 4.11 Omdat de verzekering het aantal uitkeringstermijnen van 30 dagen beperkt tot maximaal 100, kan Consument op nog 44 termijnen aanspraak maken. Die aanspraak is niet verjaard. Die 44 termijnen zijn allemaal al voorbij door tijdsverloop, terwijl vaststaat dat Consument al die tijd arbeidsongeschikt is gebleven in de zin van de polis en de verzekeringsvoorwaarden. Consument heeft dus recht op uitbetaling in één keer van deze 44 termijnen. Het termijnbedrag is € 600,-. Verzekeraar heeft niets betaald. Het bedrag dat Verzekeraar aan Consument moet betalen is dus (44 x € 600,- =) € 26.400,-.

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 € 26.400,- moet betalen.

In artikel 2 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.