

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2020-035
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts,
prof. mr. M.L. Hendrikse, leden en mr. E.C. van Roosmalen-Aarts, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 18 juni 2019
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 9 januari 2020
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument heeft een beroep gedaan op haar arbeidsongeschiktheidsverzekering omdat zij arbeidsongeschikt was als gevolg van de aandoening ASS (Autisme Spectrum Stoornis). Partijen verschillen erover van mening of ASS een lichamelijke of een psychiatrische aandoening is. De Commissie oordeelt dat het standpunt van Verzekeraar juist is dat ASS een psychiatrische aandoening is die niet valt binnen het dekkingsbereik van de op de verzekering van toepassing zijnde voorwaarden en Verzekeraar uitkering onder de Verzekering mocht weigeren. Vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument (digitaal) ingediende klachtformulier;
- de door Consument ingediende aanvullende stukken, ontvangen op 29 juli 2019;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de door Consument ingediende aanvullende stukken, ontvangen op 21 oktober 2019.

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

De Commissie stelt vast dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak kan op grond van de stukken worden beslist.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een ‘Hypotheek Opvang Polis’ (hierna: ‘Verzekering’) afgesloten met dekking bij arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. De Verzekering is ingegaan op 24 juni 2006 en de einddatum is 23 juni 2021.

2.2 Op de Verzekering zijn de ‘CARDIF HYPOTHEEKBESCHERMING ALGEMENE VERZEKERINGSVOORWAARDEN HOP 0106’ (hierna: ‘Voorwaarden’) van toepassing. In de Voorwaarden staat – voor zover hier relevant – het volgende:

“(…)

Bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid.

Artikel 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. *Arbidsongeschiktheid 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 perioden na de ingangsdatum van deze module.*

(…)

Artikel 23 Verplichtingen bij schade:

- a. *Verzekerde is, op straffe van verval van (het recht op) uitkering verplicht:*

(…)

3. *alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen.*

(…)”

2.3 Consument heeft op 11 maart 2019 Verzekeraar verzocht om een uitkering onder de Verzekering, omdat zij arbeidsongeschikt was als gevolg van de aandoening ASS (Autisme Spectrum Stoornis).

2.4 Bij brief van 17 april 2019 heeft Verzekeraar het verzoek om uitkering afgewezen omdat ASS niet valt binnen het dekkingsbereik van artikel 20 sub c van de Voorwaarden.

- 2.5 Consument heeft bij e-mailbericht van 23 april 2019 bezwaar gemaakt tegen de afwijzing. Consument stelt zich op het standpunt dat ASS een lichamelijke aandoening is die zijn oorsprong vindt in de hersenen.
- 2.6 Bij e-mailbericht van 22 mei 2019 heeft Verzekeraar Consument bericht dat hij zijn standpunt handhaaft.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering met terugwerkende kracht vanaf 12 februari 2018, vermeerderd met de daarover verschuldigde wettelijke rente.

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 hoofde van de Verzekering door haar geen uitkering te verstrekken. Consument voert hiertoe het volgende aan.
- ASS is een lichamelijke aandoening die zijn oorsprong vindt in de hersenen. Zowel de psychische als de lichamelijke klachten zijn het gevolg van de aandoening van de hersenen. Hetgeen ook is aan te tonen via hersenonderzoek. Bovendien is ASS ook erfelijk. Consument is dan ook van mening dat ASS onder artikel 20 sub b van de Voorwaarden valt. Ter onderbouwing van haar standpunt verwijst Consument naar een uittreksel uit de GGZ-standaarden aangaande ASS en de 'Hulpguides Asperger-syndroom, de complete gids'.
 - Consument was bereid om een medische machtiging te ondertekenen indien Verzekeraar na bestudering van de reeds door Consument toegezonden stukken nog aanvullende stukken nodig had. Zij heeft hierover nimmer meer bericht ontvangen van Verzekeraar. Consument was niet op de hoogte van het feit dat de medische machtiging ook zag op de (reeds) door haarzelf aan Verzekeraar toegezonden stukken.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.
- De arbeidsongeschiktheid van Consument wordt veroorzaakt door ASS. De medisch adviseur van Verzekeraar is van mening dat ASS een diagnose is die onder de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) valt en derhalve behoort tot de categorie van psychische aandoeningen. Op grond van artikel 20 sub c zijn als psychische aandoeningen gedekt; psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen en angst- en depressieve stoornissen. ASS valt derhalve niet binnen het dekkingsbereik van artikel 20 sub c van de Voorwaarden. Om deze reden heeft Verzekeraar de claim van Consument afgewezen.

- De claim op grond van de lichamelijke klachten heeft Verzekeraar niet in behandeling kunnen nemen omdat Consument geen toestemming heeft gegeven om hierover nadere medische informatie op te vragen (zij heeft de betreffende machtiging niet willen ondertekenen). Consument heeft daarmee haar informatieplicht jegens Verzekeraar geschonden op grond waarvan haar claim dient te worden afgewezen.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op uitkering onder de Verzekering.
- 4.2 In artikel 20 sub b van de Voorwaarden staat dat arbeidsongeschiktheid aanwezig is indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Artikel 20 sub c van de Voorwaarden bepaalt vervolgens dat in aanvulling op het gestelde in lid b de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd zijn: 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.
- 4.3 Partijen verschillen erover van mening of ASS een lichamelijke of een psychiatrische aandoening is. De Commissie is van oordeel dat ASS een psychiatrische aandoening is. Hieronder zal dit nader worden toegelicht.
- 4.4 ASS is een gedragsdiagnose. Er is geen beeldvormend- of bloedonderzoek mogelijk om de stoornis vast te stellen. De diagnose wordt gesteld door een psychiater en geclassificeerd als een psychiatrisch ziektebeeld. Consument stelt zich op het standpunt dat de oorzaak van haar ziekte lichamenlijk is, zijnde iets in de hersenen, en dat daarom ook haar ziekte lichamenlijk is. Deze redenering kan evenwel niet worden gevolgd. Hiervoor is relevant dat niet de *oorzaak* van de ziekte, maar het daardoor ontstane *gedrag* bepalend is voor de diagnose.
- 4.5 Zoals hierboven reeds vermeld zijn op grond van artikel 20 sub c alleen de volgende psychiatrische aandoeningen gedekt; psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen en angst- en depressieve stoornissen. ASS valt niet onder deze *limitatieve* opsomming.
- 4.6 Gelet op het voorgaande is de conclusie van de Commissie dat het standpunt van Verzekeraar juist is dat ASS een psychiatrische aandoening is die niet valt binnen het dekkingsbereik van artikel 20 sub c van de Voorwaarden en hij mocht daarom uitkering onder de Verzekering weigeren.

- 4.7 Verzekeraar heeft nog opgemerkt dat hij de claim op grond van (andere) lichamelijke klachten niet in behandeling heeft kunnen nemen omdat Consument geen toestemming heeft gegeven om hierover nadere medische informatie op te vragen. Volgens Verzekeraar heeft Consument daarmee haar informatieplicht jegens Verzekeraar geschonden op grond waarvan haar claim dient te worden afgewezen.
- 4.8 In artikel 23 van de Voorwaarden – welke bepaling in lijn is met art. 7:94I lid 2 BW - is bepaald dat verzekerde, op straffe van verval van (het recht op) uitkering, verplicht is alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens aan hem of aan door hem aangewezen (medische) deskundigen te (doen) verstrekken of daartoe de nodige machtigingen te verlenen. Deze voorwaarde wordt juridisch gekwalificeerd als een verval-van-recht-clausule. Het beroep van Verzekeraar op deze clausule kan slechts slagen als hij kan aantonen dat hij in een redelijk belang is geschaad (artikel 7:94I lid 4 BW). Van een dergelijke schending kan alleen sprake zijn indien Verzekeraar in een *daadwerkelijk praktisch* belang is geschaad. De stelplicht – en zo nodig – de bewijslast inzake het redelijk belang ligt bij Verzekeraar. Zie onder andere Hoge Raad 5 oktober 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA9705 (NJ 2008, 57), Kifid GC nr. 2011-206 en Kifid GC nr. 2018-597.
- 4.9 De Commissie overweegt dat voldoende aannemelijk is geworden dat Consument de op haar rustende verplichting heeft geschonden. Ook is aannemelijk dat Verzekeraar *op dit moment* in een *daadwerkelijk praktisch* belang is geschaad, zodat hem een beroep op de zware sanctie van verval van het recht op uitkering toekomt. Voor een onderzoek naar de lichamelijke klachten is immers medisch onderzoek nodig en daarvoor is een machtiging van Consument nodig. Maar als Consument alsnog bereid is die machtiging te verstrekken, is Verzekeraar niet meer in een *daadwerkelijk praktisch* belang geschaad en zal hij de claim op grond van de lichamelijke klachten in behandeling moeten nemen.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

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.