

**Mondelinge uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0452
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA,
leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 13 augustus 2020
Ingediend door : De consument
Tegen : ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. De Amersfoortse Verzekeringen, gevestigd te
Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 14 mei 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De commissie is van oordeel dat niet is gebleken dat de verzekeraar misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of dat hij in strijd met de wet heeft gehandeld door de verzekeringsaanvraag van de consument af te wijzen. Bij de wijze waarop de verzekeraar de interne klachtprocedure heeft gehanteerd, volstaat de commissie met de constatering dat door de verzekeraar is toegegeven dat dit beter had gekund. Voor zover de klacht van de consument ziet op de handelwijze van een van de medisch adviseurs van verzekeraar stelt de commissie vast niet bevoegd te zijn dit klachtonderdeel te behandelen. Vordering afgewezen.

1. Mondelinge behandeling

De zaak is op 14 mei 2021 behandeld op een digitale hoorzitting. Partijen hebben hieraan deelgenomen.

Tijdens de hoorzitting hebben beide partijen verklaard ermee in te stemmen dat de commissie mondeling uitspraak doet.

2. Klacht

De consument is het niet eens met de afwijzing van zijn verzekeringsaanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ook vindt hij dat de verzekeraar de interne klachtprocedure niet goed en volledig heeft uitgevoerd. Tenslotte klaagt de consument over de manier waarop een medisch adviseur van de verzekeraar als (interim-) hoofd van de medische dienst zich ten opzichte van hem heeft opgesteld. Hij vordert dat de verzekeraar alsnog een verzekeringsovereenkomst aan hem aanbiedt desnoods met een uitsluitingsclausule voor psychische klachten.

3. Beslissing

De verzekeraar is niet gehouden de consument een verzekering aan te bieden al dan niet met een uitsluitingsclausule voor psychische klachten. De vordering wordt afgewezen.

De commissie is niet bevoegd de klacht over de medisch adviseur te behandelen. Dit klacht-onderdeel is niet-behandelbaar.

4. Gronden voor de beslissing

Een verzekeraar is in beginsel vrij naar eigen inzicht te beoordelen of hij een verzekering, al dan niet onder beperkende voorwaarden of met een premietoeslag, wil aangaan. Verzekeraars hebben, behoudens uitzonderingen (die zich in deze zaak niet voordoen) geen acceptatieplicht. Een verzekeraar mag zich laten leiden door zijn eigen opvattingen (of die van zijn medisch adviseur) omtrent de waardering van het risico. Dit wordt contractsvrijheid genoemd. Het is de commissie niet toegestaan om te treden in het acceptatiebeleid van een verzekeraar, behalve als de verzekeraar misbruik heeft gemaakt van de hem toekomende contracteer- en beleidsvrijheid of bij zijn weigering in strijd heeft gehandeld met de wet. Daarvan is geen sprake.

De verzekeraar mocht beslissen om geen informatie op te vragen bij de psychiater van de consument. Voor de beoordeling van de verzekeringsaanvraag had de verzekeraar een medisch dossier van de huisarts van de consument tot zijn beschikking en beschikte hij over informatie van het UWV. Dit betrof, anders dan door de consument aangevoerd, niet alleen oude(re) informatie. Uit de gegevens blijkt dat vanaf 2011 tot in ieder geval 2019 sprake is geweest van psychische klachten bij de consument die aanleiding waren voor de vaststelling van beperkingen van psychische aard, resulterend in een arbeidsongeschiktheid van 20%. Deze klachten waren, zo niet actueel, dan wel recent nog aanwezig op het moment de consument de verzekering aanvraagde.

Van een magere onderbouwing van de afwijzing is evenmin sprake. Ter zitting heeft de verzekeraar verduidelijkt dat de afwijzing, naast het medisch onderzoek, is gebaseerd op de GAV-richtlijnen bij een vastgestelde psychische problematiek. Ook wat herverzekeraars adviseren op dit punt gevoegd bij de interne gegevens die de verzekeraar zelf op dit vlak ter beschikking heeft, hebben bijgedragen aan de afwijzing van de verzekeringsaanvraag.

Ten aanzien van de klacht van de consument dat de interne klachtprocedure niet naar behoren ten uitvoer is gelegd, volstaat de commissie met de constatering dat dit door de verzekeraar is erkend.

De klacht gericht tegen de medisch adviseur van de verzekeraar kan de commissie niet behandelen. Daartoe is het medisch tuchtcollege de aangewezen instantie. Dit klacht-onderdeel is niet-behandelbaar.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.