

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0471
(mr. L. van Berkum, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse, mr. A.M.T. Wigger, leden
en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Klacht ontvangen op : 21 januari 2020
Ingediend door : De consument
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen de
verzekerder
Datum uitspraak : 26 mei 2021
Aard uitspraak : Niet-bindend advies
Uitspraak : Vordering afgewezen
Bijlage : Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft twee keer een beroep gedaan op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft om nadere informatie gevraagd om de claims te kunnen beoordelen. Deze informatie heeft de consument niet gegeven. Met de verzekeraar is de commissie van oordeel dat de consument zijn medewerkingsplicht heeft geschonden en dat de verzekeraar daardoor in een redelijk belang is geschaad. De verzekeraar mocht uitkering weigeren. De roeyementen van de verzekeringen laat de commissie in stand nu het niet in het belang van de consument is deze met terugwerkende kracht te herstellen. De verzekeraar is niet gehouden een schadevergoeding aan de consument te betalen. Vordering afgewezen.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) de klachtbrief van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument, 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) de reactie van de consument op de dupliek en 7) de laatste reactie van de verzekeraar.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 14 april 2021. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn chauffeur de heer [naam 1] als toehoorder. Namens de verzekeraar waren aanwezig de heren [naam 2], bedrijfsjurist en M. Jongkind, advocaat.
- I.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 Met ingang van 1 mei 1997 heeft de consument twee verzekeringen bij de verzekeraar afgesloten; 1) een Arbeidsongeschiktheidsverzekering Voor de Ondernemer (verder te noemen 'de AOV') en 2) een Premie-Terug-Arbeidsongeschiktheidsverzekering Voor De Ondernemer. Deze verzekeringen zijn gesloten door tussenkomst van een tussenpersoon (verder te noemen 'tussenpersoon I').
- 2.2 In de verzekeringsvoorwaarden die op de AOV van toepassing zijn, staat dat geen aanspraak kan worden gemaakt op de verzekering als de arbeidsongeschiktheid is ontstaan, bevorderd of verergerd door opzet of grove schuld van de verzekeringnemer. Daarnaast vervalt elk recht op uitkering als de verzekeringnemer nalaat alle inlichtingen aan de verzekeraar te verschaffen die nodig zijn voor het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid of voor de uitkering en daardoor de belangen van de verzekeraar worden geschaad.
- 2.3 Op 18 november 2001 is een moordpoging op de consument gedaan, waarbij hij door zijn hoofd is geschoten. Als gevolg van het letsel dat de consument hieraan over heeft gehouden, heeft hij een beroep gedaan op de AOV.
- 2.4 In het kader van de schademelding heeft de verzekeraar in 2002 zes keer per brief aan de consument om een kopie van het politierapport gevraagd. Op 2 december 2002 heeft de consument aan de verzekeraar laten weten dat hij de officier van justitie heeft gevraagd om het politierapport aan de verzekeraar toe te sturen.
- 2.5 Op 26 november 2002 heeft de consument een nieuwe claim op de AOV ingediend vanwege prostaatkanker.
- 2.6 Bij brief van 22 juli 2003 laat de verzekeraar aan tussenpersoon I weten de schadeclaim met betrekking tot het schietincident niet in behandeling te kunnen nemen, omdat door de consument niet meegewerkt wordt aan het verstrekken van de gewenste schriftelijke documenten. Voor de verzekeraar is het namelijk van belang om te beoordelen of de consument niet op negatieve wijze betrokken is geweest bij het schietincident op grond waarvan hij een beroep op de AOV doet. In dit kader wijst de verzekeraar er in zijn brief op dat zijn inspecteur een gesprek heeft gevoerd met tussenpersoon I. Tijdens dit gesprek heeft tussenpersoon I opgemerkt dat de consument ruzie had over geld met een klant en dat de consument deze klant klappen heeft gegeven. Vervolgens zou deze klant zijn teruggekomen met een vuurwapen en de aanslag op de consument hebben gepleegd.

- 2.7 In zijn brief van 25 maart 2004 aan tussenpersoon I laat de verzekeraar nog een keer weten geen uitkering te zullen verstrekken, omdat noodzakelijke en verifieerbare informatie met betrekking tot het schietincident uitblijft. Ook geeft de verzekeraar aan zelf contact te hebben gezocht met het arrondissementsparket, maar dat daarop geen antwoord is gekomen. Verder staat in de brief dat de door de verzekeraar ingeschakelde arbeidsdeskundige over te weinig gegevens beschikt om een duidelijk en verantwoord advies te geven.
- 2.8 Hierna stuurt de tussenpersoon een brief aan de verzekeraar, waarop de verzekeraar bij brief van 26 mei 2004 reageert. In deze brief wijst de verzekeraar erop dat de beide schadeclaims zijn afgewezen vanwege een gebrek aan medewerking dan wel het niet volledig verstrekken van verifieerbare informatie. Ook deelt de verzekeraar mede dat hij alle lopende verzekeringen van de consument en zijn bedrijven per roymentsdatum zal beëindigen, vanwege perspublicaties die rondom de arrestatie van de consument en de achtergronden daarvan zijn verschenen.
- 2.9 In reactie op deze brief stuurt de consument een brief aan de verzekeraar waarin hij uitlegt dat bij het tot stand komen van de verzekeringsovereenkomsten in 1990/1991 openhartig is gesproken over zijn justitieel verleden en dat dit destijds geen belemmering voor de verzekeraar was om de verzekeringsovereenkomsten aan te gaan.
- 2.10 Bij brief van 9 augustus 2004 aan de consument reageert de verzekeraar door hem erop te wijzen dat in eerdere brieven aan tussenpersoon I duidelijk is gemaakt waarom geen schadeuitkering zal volgen en wat de aanleiding is om de lopende polissen te royeren. De wijze waarop de verzekeringen destijds tot stand zijn gekomen spelen daarbij geen rol.
- 2.11 In een brief van 12 augustus 2004 schrijft de consument aan de verzekeraar dat het hem niet duidelijk is welke gegevens de verzekeraar nog van hem wil ontvangen.
- 2.12 Vervolgens heeft zich een nieuwe tussenpersoon [verder te noemen 'tussenpersoon 2'] namens de consument gemeld. Ondanks toezeggingen van tussenpersoon 2 heeft de verzekeraar geen nadere informatie ontvangen. Dit heeft ertoe geleid dat de verzekeraar per 23 juni 2005 alsnog alle nog lopende verzekeringen van de consument en zijn bedrijven heeft beëindigd.
- 2.13 In september 2008 ontvangt de verzekeraar een brief van de advocaat van de consument, waarin de advocaat vraagt om opheldering over het feit dat de consument geen uitkering en premierestitutie heeft ontvangen. Hierop heeft de verzekeraar bij brief van 11 november 2008 gereageerd. In zijn brief verwijst de verzekeraar naar de brief van 25 maart 2004 (zoals hiervoor weergegeven bij 2.7).

- 2.14 Nadat eind 2010 in verband met een wetswijziging bij vergissing door de verzekeraar een brief aan de consument is gestuurd, hebben de consument en zijn advocaat de verzekeraar opnieuw verzocht om tot betaling over te gaan op grond van de (reeds geroyeerde) verzekeringen. Ook hierop reageert de verzekeraar afwijzend en verwijst daarbij naar zijn brief van 11 november 2008.
- 2.15 Na drie jaar ontvangt de verzekeraar een brief van de consument van 13 oktober 2014. Uit de brief blijkt dat de consument ervan overtuigd is dat hij alle benodigde stukken aan de verzekeraar heeft verstrekt. Door de verzekeraar is op deze brief gereageerd met - onder andere - de mededeling dat er geen lopend schadedossier is en er geen lopende verzekeringen zijn.
- 2.16 Vervolgens, vijf jaar later en bij brief van 16 september 2019 maakt de consument aan de verzekeraar duidelijk dat alle bescheiden en documenten zijn aangeleverd en dat daarmee aan de verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Niets staat nog aan het doen van een uitkering in de weg, aldus de inhoud van die brief. Bij brief van 21 oktober 2019 reageert de verzekeraar voor een laatste keer en laat - kort samengevat - aan de consument weten dat de polissen in 2005 zijn geroyeerd en er geen uitkering volgt.

De klacht en vordering

- 2.17 De consument wil dat de verzekeraar de verzekering in kracht herstelt, alsnog dekking verleent en overgaat tot uitkering. Daarnaast wil de consument een schadevergoeding voor gemaakte kosten, materiele en immateriële schade en rente.
- 2.18 Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument aangevoerd dat de polissen ten onrechte zijn geroyeerd. De verdachtmakingen en geruchten op basis waarvan de verzekeraar zijn besluit heeft genomen, zijn ongefundeerd. Bij brief van 6 juni 2018 heeft de officier van justitie ook aan de consument kenbaar gemaakt dat hij destijds ten onrechte als verdachte is aangemerkt.
- 2.19 Ook heeft de consument voldaan aan zijn informatieverplichting. Door zowel de advocaat als tussenpersoon I is bij het Openbaar Ministerie het proces-verbaal opgevraagd. Omdat het onderzoek nog liep, werden er geen stukken verstrekt. Dit wordt ook door de verzekeraar bevestigd in zijn brief van 25 maart 2004, waarin staat dat ook de verzekeraar geen stukken heeft mogen ontvangen. De verzekeraar verwijt het de consument ten onrechte dat hij niet aan zijn informatieplicht heeft voldaan. Hij kon hier simpelweg niet aan voldoen, omdat hij de stukken niet kreeg. Pas nadat een artikel 12-procedure is gestart heeft de consument in 2006 de stukken omtrent het politieonderzoek ontvangen.

- 2.20 Het verhaal dat door tussenpersoon I aan de verzekeraar zou zijn verteld dat de consument ruzie had gehad met een klant, waarbij de consument klappen had uitgedeeld en dat dit de aanleiding is geweest om de aanslag op hem te plegen, is door tussenpersoon I verzonnen.
- 2.21 Er kan geen sprake zijn van verjaring van de vorderingen. De verzekeraar heeft in zijn brieven nooit over verjaring gesproken. Integendeel, de communicatie is al die jaren door de verzekeraar in stand gelaten.

Het verweer

- 2.22 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.
- 2.23 In augustus 2002 ontving de verzekeraar een schadeaanvraagformulier naar aanleiding van het schietincident dat in 2001 had plaatsgevonden. In het schadeaanvraagformulier werd enkel de datum van het schietincident genoemd en stond verder vermeld dat het ging om een poging tot moord op de consument. De verzekeraar heeft hierop direct aangegeven de claim niet in behandeling te kunnen nemen als er geen nadere informatie zou worden verstrekt. Vervolgens is de consument in verzuim gebleven om de verzekeraar van nadere informatie te voorzien, ondanks de langdurig briefwisseling die plaats heeft gevonden. Evenmin heeft hij de verzekeraar geïnformeerd over de acties die hij wel had ondernomen om aan aanvullende informatie te komen bij politie en justitie. Hierover had hij duidelijkheid moeten verschaffen. De verzekeraar heeft vertrouwd op de informatie die hij van tussenpersoon I heeft gekregen. Op basis van die informatie kon niet vastgesteld worden wat er in 2001 gebeurd was en tot welke mate van arbeidsongeschiktheid dat heeft geleid. Daarmee is de verzekeraar in zijn belangen geschaad. Maar ook door het tijdsverloop en de houding van de consument is de verzekeraar in zijn belangen geschaad. Het is de verzekeraar onmogelijk gemaakt onderzoek te doen naar de omstandigheden rondom de arbeidsongeschiktheidsclaims.
- 2.24 Voor zover tussenpersoon I onjuiste mededelingen zou hebben gedaan over de rol van de consument met betrekking tot het schietincident, komt dat voor rekening en risico van de consument. Het kan de verzekeraar niet verweten worden dat hij heeft vertrouwd op de mededelingen van tussenpersoon I.
- 2.25 Ook betwist de verzekeraar dat bij de consument sprake zou zijn van een arbeidsongeschiktheidspercentage van minimaal 25%, hetgeen vereist is om voor een uitkering in aanmerking te komen. Er is nooit door een bevoegd arts vastgesteld in welke mate de consument arbeidsongeschikt is geworden als gevolg van het schietincident noch als gevolg van de prostaatkanker.

- 2.26 De verzekeraar is niet gehouden een schadevergoeding aan de consument te betalen. Een toerekenbare tekortkoming aan de zijde van de verzekeraar en/of andere gedraging die tot een verplichting tot schadevergoeding zou kunnen leiden, is niet aan de orde.
- 2.27 De verzekeraar heeft de reden om de polissen te royeren niet goed weergegeven in zijn brief van 16 september 2019. Hierin staat dat wanbetaling de reden is geweest om tot beëindiging over te gaan. De weigering van de consument om aan zijn informatie- en medewerkingsplicht te voldoen is de werkelijke reden van beëindiging geweest. Ter zitting heeft de vertegenwoordiger van de verzekeraar in dit kader aangegeven dat de royementen destijds waarschijnlijk niet op de juiste manier tot stand zijn gekomen. Los daarvan, heeft de consument er geen belang bij de polissen te laten herleven. In dat geval zal hij namelijk met terugwerkende kracht de premie over de afgelopen 20 jaar nog moeten betalen, terwijl hij vanwege verjaring geen aanspraak kan maken op een uitkering. De vordering van de consument op de verzekeringen zijn namelijk verjaard.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan de consument verschuldigd is ten aanzien van het schietincident in 2001 en de prostaatkanker in 2003. Deze vraag moet worden beantwoord aan de hand van de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden. Als uitgangspunt heeft immers te gelden dat wat tussen partijen is afgesproken. Oftewel, dat wat in de verzekeringsvoorwaarden staat.

De verplichtingen van de consument op basis van de verzekeringsvoorwaarden

- 3.2 De verzekeraar heeft onder meer aangevoerd dat de consument niet heeft voldaan aan zijn informatieplicht zoals die is verwoord in de verzekeringsvoorwaarden en dat er om die reden geen recht op uitkering bestaat.
- 3.3 De commissie stelt vast dat de toepasselijkheid van de verzekeringsvoorwaarden niet door de consument is betwist.
- 3.4 Verder stelt de commissie vast dat in artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden staat dat de verzekerde in geval van arbeidsongeschiktheid verplicht is aan de verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die de verzekeraar nodig vindt en die van belang zijn voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of voor de uitkering op zichzelf. Voldoet de verzekerde hier niet aan en zijn daardoor de belangen van de verzekeraar geschaad, dan vervalt elk recht op uitkering. Dit artikel in de voorwaarden wordt een verval van recht-clausule genoemd.

- 3.5 Doet een verzekeraar een beroep op een verval van recht-clausule, dan kan dat beroep enkel slagen, indien deze verzekeraar onder opgave van redenen stelt dat hij, door de niet nakoming door de verzekerde van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst, in zijn redelijke belangen is geschaad.¹ De stelplicht – en zo nodig – de bewijslast inzake het redelijk belang ligt bij de verzekeraar.²
- 3.6 De commissie is van oordeel dat de consument niet aan zijn verplichting heeft voldaan om aan de verzekeraar alle inlichtingen te verschaffen die de verzekeraar nodig vindt en die van belang zijn voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid of voor de uitkering op zichzelf. Na het schietincident in 2001 heeft de verzekeraar in 2002 in ieder geval zes keer om het politierapport gevraagd. Hierop heeft de consument één keer gereageerd met het bericht dat hij de officier van justitie heeft gevraagd dit rapport aan de verzekeraar toe te sturen. Dit is niet gebeurd. Nadien heeft de verzekeraar nog meerdere keren om nadere informatie gevraagd, omdat het voor de verzekeraar van belang was om te kunnen beoordelen of de consument niet op negatieve wijze betrokken was geweest bij het schietincident op grond waarvan hij een beroep op de AOV deed. In een contact met tussenpersoon 1, was door tussenpersoon 1 namelijk te kennen gegeven dat de aanleiding voor het schietincident was gelegen in een ruzie tussen de consument en een klant. Hierna, in 2004 heeft er correspondentie plaatsgevonden tussen zowel tussenpersoon 1 en de verzekeraar als de consument en de verzekeraar. In deze correspondentie heeft de verzekeraar telkens duidelijk gemaakt niet over te zullen gaan tot het doen van een uitkering nu nadere informatie uitbleef. Noch door de consument, noch door tussenpersoon 1 is aanvullende informatie gegeven. Vervolgens heeft tussenpersoon 2 zich namens de consument gemeld en toegezegd nadere informatie aan de verzekeraar te zullen verstrekken. In juli 2005 had de verzekeraar nog altijd niets ontvangen. Ruim drie jaar blijft het stil. In september 2008 ontvangt de verzekeraar een brief van de advocaat van de consument, waarin de advocaat vraagt om opheldering over het feit dat de consument geen uitkering en premierestitutie heeft ontvangen. Weer wijst de verzekeraar erop dat geen uitkering is verstrekt omdat nadere informatie uit is gebleven en voorts dat alle verzekeringen inmiddels geroyeerd zijn. In 2010 verzoekt de consument de verzekeraar weer om tot betaling over te gaan. Ook hierop reageert de verzekeraar afwijzend. Eind 2014 schrijft de consument de verzekeraar nogmaals aan en ook in 2019 doet hij dat. Hij stelt ervan overtuigd te zijn dat alle benodigde informatie is aangeleverd.

¹ Hoge Raad 7 maart 2014, ECLI:NL:HR:2014:522, onder 3.3.2, te vinden op www.rechtspraak.nl.

² Zie onder andere Hoge Raad 5 oktober 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA9705, te vinden op www.rechtspraak.nl en de uitspraak van de Geschillencommissie van het Kifid gepubliceerd onder nr. 2011-206, te vinden op www.kifid.nl.

- 3.7 De commissie vindt het voorstelbaar dat de verzekeraar na de claim in 2001 meer informatie wilde hebben om te kunnen vaststellen in hoeverre de consument zelf op negatieve wijze bij het schietincident betrokken was. Te meer, omdat uit artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden volgt dat de verzekeraar geen uitkering verstrekt voor arbeidsongeschiktheid als deze is ontstaan door opzet of grove schuld van de verzekeringnemer zelf. Op de verzoeken die vervolgens door de verzekeraar zijn gedaan, is geen inhoudelijke reactie gekomen met uitzondering van de brief van de consument dat hij de officier van justitie heeft gevraagd het politierapport aan de verzekeraar toe te sturen. Gelet op de omvangrijke correspondentie die tussen de verzekeraar en de consument c.q. zijn tussenpersonen heeft plaatsgevonden en de inhoud daarvan, lag het op de weg van de consument om aan de verzekeraar nadere informatie te geven. Ook als dat zou hebben betekend dat hij enkel kon melden dat hij zelf ook niet over de gevraagde stukken kon beschikken. Dit heeft de consument niet gedaan. Evenmin heeft hij in 2006, toen hij kennelijk wel over het politiedossier beschikte, dit wel aan de verzekeraar ter beschikking gesteld.
- 3.8 Voor zover de consument heeft aangevoerd dat tussenpersoon I onwaarheden heeft verteld over de aanleiding van het schietincident en dit niet aan hem toegerekend kan worden, merkt de commissie op dat de verzekeraar ervan mocht uitgaan dat tussenpersoon I namens de consument optrad. De verzekeraar mocht ook uitgaan van de juistheid van de uitlatingen die tussenpersoon I heeft gedaan.
- 3.9 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument niet heeft voldaan aan zijn medewerkingsplicht door na te laten de verzekeraar nadere informatie te geven op basis waarvan de verzekeraar het recht op aanspraak op de verzekering kon beoordelen en/of in hoeverre de consument recht zou hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.
- 3.10 Vervolgens moet de commissie de vraag beantwoorden of de verzekeraar hierdoor in een redelijk belang is geschaad. De verzekeraar heeft aangevoerd dat hij in een redelijk belang is geschaad, omdat hij niet kon vaststellen wat er in 2001 gebeurd was en tot welke mate van arbeidsongeschiktheid dat heeft geleid. Ook is het hem onmogelijk gemaakt onderzoek te doen naar de omstandigheden rondom de arbeidsongeschiktheidsclaims. De commissie volgt de verzekeraar in zijn standpunt. Aannemelijk is dat de verzekeraar door het uitblijven van nadere informatie niet heeft kunnen vaststellen of het schietincident in 2001 tot een recht op uitkering zou hebben geleid en vervolgens welke mate van arbeidsongeschiktheid dit tot gevolg heeft gehad. Datzelfde geldt voor de claim op grond van de prostaatkanker, nu uit de stukken in het dossier niet blijkt dat rondom deze claim wel aanvullende informatie aan de verzekeraar is verschaft. De verzekeraar is geschaad in zijn belang om onderzoek te doen naar de claims op de arbeidsongeschiktheidsverzekering.

3.11 Nu de commissie reeds op andere gronden tot het oordeel is gekomen dat het recht op uitkering is komen te vervallen, zal zij het verjaringsverweer van de verzekeraar onbesproken laten.

Mocht de verzekeraar de lopende verzekeringen van de consument beëindigen?

3.12 Ter zitting heeft de commissie met de vertegenwoordiger van de verzekeraar vastgesteld dat het er alle schijn van heeft dat de royementen van de verzekeringen van de consument niet conform de verzekeringsvoorwaarden hebben plaatsgevonden. De vraag die zich vervolgens aandient, is of dit zou moeten leiden tot herstel van de verzekeringen met terugwerkende kracht.

3.13 Nu de commissie in 3.6 tot en met 3.11 tot het oordeel is gekomen dat de consument zijn medewerkingsplicht heeft geschonden waardoor de verzekeraar in zijn belangen is geschaad en daardoor het recht op uitkering is vervallen, acht de commissie het niet opportuun om te beslissen dat de verzekering in kracht hersteld moeten worden. Dit zou namelijk betekenen dat de consument over een zeer lange periode premie verschuldigd is, terwijl hij geen uitkering zal ontvangen.

Moet de verzekeraar een schadevergoeding aan de consument betalen?

3.14 In de voorgaande overwegingen is de commissie tot de conclusie gekomen dat de verzekeraar een beroep heeft mogen doen op de uitsluitingsclausule van artikel 4 van de voorwaarden. Omdat niet is komen vast te staan dat de verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst, moet de vordering tot schadevergoeding van de consument - welke overigens niet nader is onderbouwd - eveneens worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is 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.

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.

Bijlage - Relevante bepalingen uit verzekeringsvoorwaarden

'1. Begripsomschrijvingen

(...)

1.8.1 Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken.

1.8.2 [naam verzekeraar] stelt het bestaan van de in 1.8.1 bedoelde stoornissen vast aan de hand van rapportage van door [naam verzekeraar] aangewezen deskundigen.

(...)

3. Uitsluitingen

3.1 Deze verzekering verleent geen aanspraak op uitkering voor ongevallen de verzekerde overkomen door of arbeidsongeschiktheid die is ontstaan, bevorderd of verergerd door:

3.1.1 opzet of grove schuld van verzekeringnemer, van de verzekerde of van iemand die bij de uitkering belang heeft.

(...)

4. Schade

4.1 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid en/of ongeval

Van arbeidsongeschiktheid of een ongeval dient zo spoedig mogelijk melding te worden gemaakt aan [naam verzekeraar];

(...)

4.2 Verzekerde is verplicht in geval van arbeidsongeschiktheid of na een ongeval;

(...)

4.2.2 aan [naam verzekeraar] of aan door [naam verzekeraar] aangewezen deskundigen volledig en naar waarheid alle inlichtingen te verschaffen die [naam verzekeraar] nodig vindt en die van belang zijn voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid, de mate van blijvende invaliditeit of voor de uitkering.

(...)

4.5 De verzekerde en verzekeringnemer zijn verplicht alles te laten en niets te doen waardoor de belangen van [naam verzekeraar] kunnen worden geschaad.

4.6 Indien de hiervoor genoemde verplichtingen niet zijn nagekomen en daardoor de belangen van [naam verzekeraar] zijn geschaad, vervalt elk recht op uitkering.

(...)'