

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0616

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. drs. E.G. van der Jagt, mr. D. van der Linden, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Klacht ontvangen op	19 juli 2022
Ingediend door	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Interpolis, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	9 augustus 2023
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft op 24 november 2021 bezwaar gemaakt tegen de beslissing van de verzekeraar in 2005 om geen verdere uitkering te verstrekken. Zij stelt sinds 2005 doorlopend arbeidsongeschikt te zijn geweest en dus recht te hebben op uitkering. De verzekeraar heeft onder verwijzing naar zijn schriftelijke beslissing van 10 oktober 2005 aangegeven dat op basis van het arbeidsdeskundig onderzoek destijds is gebleken dat de consument minder dan 25% arbeidsongeschikt was en dat geen recht op uitkering bestond onder de verzekering. De commissie acht het redelijk dat de verzekeraar dit rapport niet meer in zijn bezit heeft gezien de volgende omstandigheden. De verzekering en de uitkering waren in 2005 beëindigd, de consument heeft zich in 2010 bij de verzekeraar gemeld maar daarna heeft hij tot 2021 niets meer van haar vernomen. De commissie vindt daarom dat de verzekeraar met de brief van 10 oktober 2005 voorshands, behoudens tegenbewijs, ervan moet worden uitgegaan dat de consument op 10 oktober 2005 voor minder dan 25% arbeidsongeschikt was. De commissie heeft de consument uitgenodigd om tegenbewijs te leveren. Ondanks herhaalde verzoeken van de commissie heeft de consument deze stukken niet in de procedure overgelegd. De commissie oordeelt daarom dat de verzekeraar niet gehouden is tot enige aanvullende uitkering. Vorderingen afgewezen.

I. Procedure

- I.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) de aanvullende reactie van de consument van 5-1-2023; 7) de aanvullende reactie van de verzekeraar van 14-2-2023; 8) de aanvullende medische stukken van de consument; 9) de aanvulling van de consument van 11-4-2023; 10) de laatste reactie van de verzekeraar en 11) de laatste reactie van de consument.

- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 20 maart 2023. Op de hoorzitting was de consument aanwezig. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. [naam 1], jurist, en [naam 2], claimbehandelaar.
- I.3 Na de hoorzitting heeft de consument mr. H.L. van Lookeren Campagne, advocaat, kantoorhoudende te Wassenaar, de consument op haar verzoek bijgestaan.
- I.4 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 De consument heeft op 18 februari 2001 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (verder te noemen: 'de verzekering') bij de verzekeraar gesloten. Op deze verzekering zijn de Verzekeringsvoorwaarden InkomensZekerPlan model 30601 (verder te noemen: 'de voorwaarden') van toepassing. In de van toepassing zijnde voorwaarden staat:

“Artikel 5 Arbeidsongeschiktheid

Wij stellen de mate van arbeidsongeschiktheid vast aan de hand van rapportages van door ons aan te wijzen deskundigen.

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde beperkt is in haar functioneren. Zonder iets af te doen aan het voorgaande is arbeidsongeschiktheid aanwezig als de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is voor het verrichten van werkzaamheden die verbonden zijn aan het beroep of bedrijf, of die in het beroep of bedrijf in redelijkheid van de verzekerde verlangd kunnen worden. Bij het vaststellen van de werkzaamheden houden we rekening met mogelijke taakaanpassing, taakverschuiving, en/of aanpassing van werkomstandigheden.

(...)

Artikel 14 Verplichtingen bij het wijzigen van het arbeidsongeschiktheidsrisico

I U of de verzekerde moet het ons onmiddellijk melden als de verzekerde a geheel of gedeeltelijk ophoudt met het daadwerkelijk uitoefenen van het beroep of bedrijf
(...)

Artikel 15 Gevolgen van risicowijziging voor deze verzekering

I Als het arbeidsongeschiktheidsrisico wijzigt, kunnen wij met ingang van de dag waarop wij daar kennis van nemen andere voorwaarden stellen, de premie wijzigen, het verzekerd inkomen verlagen, of deze verzekering beëindigen.

(....)

Artikel 17 Recht op uitkering na het einde van de deze verzekering

I Als deze verzekering eindigt overeenkomstig artikel 15, artikel 23, of artikel 27, lid 1, blijft het recht op uitkering bestaan als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

a de verzekerde is op de dag waarop deze verzekering eindigt langer dan 52 weken arbeidsongeschikt; en

b de arbeidsongeschiktheid is het gevolg van een oorzaak die bestaat op de dag dat de verzekering eindigt.

2 Voor het bepalen van de periode van 52 weken worden tijdvakken van arbeidsongeschiktheid die elkaar met een onderbreking van minder dan vier weken opvolgen, beschouwd als één tijdvak.

3 Als de arbeidsongeschiktheid toeneemt na de dag waarop deze verzekering is geëindigd, verhogen wij de uitkering niet.

4 Als de arbeidsongeschiktheid afneemt na de dag waarop deze verzekering is geëindigd, verlagen wij de uitkering.

(...)

Art. 30 Klachten en geschillen

1 Indien u bezwaar wilt maken tegen een beslissing die wij in het kader van de uitvoering van deze verzekering nemen, moet u dat binnen één jaar na onze beslissing doen. Als u niet binnen deze termijn reageert, wordt u geacht onze beslissing te aanvaarden.”

- 2.2 De consument heeft zich per 1 september 1999 arbeidsongeschikt gemeld bij de verzekeraar en heeft vervolgens uitkering ontvangen. De verzekeraar heeft op 17 september 2005 een arbeidsdeskundig onderzoek laten uitvoeren om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. Bij brief van 10 oktober 2005 heeft de verzekeraar de consument als volgt geïnformeerd:

“U werd op 17 september 2005 bezocht door onze arbeidsdeskundige. Haar rapport heb ik inmiddels ontvangen.

Uit het arbeidsdeskundig rapport van mevrouw [naam arbeidsdeskundige] blijkt dat u voor minder dan 25% arbeidsongeschikt moet worden geacht. De objectief medisch vastgestelde beperkingen voor arbeid lagen hier uiteraard aan ten grondslag. Op basis van de verzekeringsvoorwaarden beëindig ik daarom uw uitkering op grond van uw arbeidsongeschiktheidsverzekering per 10 oktober 2005.

Uit het arbeidsdeskundig rapport blijkt daarnaast dat u uw zelfstandig bedrijf al enige tijd geleden heeft verkocht. Om die reden ontbreekt nog langer een voor Interpolis verzekeraar belang.

Ik heb onze afdeling Verkoopservice gevraagd om uw arbeidsongeschiktheidsverzekering per die datum van deze brief door te halen met teruggaaf van de onverdiende premie.”

- 2.3 Per 10 oktober 2005 is de verzekering beëindigd vanwege het ontbreken van een verzekeraar risico nu de consument haar bedrijf had verkocht.
- 2.4 Op 20 december 2005 heeft de verzekeraar het dossier aan de toenmalig advocaat van de consument toegestuurd. Op 10 februari 2006 heeft een kennis van de consument namens haar bezwaar aangetekend tegen de beslissing van Interpolis. Op 7 juni 2006

heeft de verzekeraar het dossier aan een andere advocaat van de consument toegestuurd.

- 2.5 Op 28 september 2010 belt de consument de verzekeraar en vraagt waarom haar claim is afgewezen en het dossier is gesloten.
- 2.6 Bij brief van 28 oktober 2010 heeft de toenmalige advocaat van de consument aangegeven het medisch dossier te bestuderen en daarna de verzekeraar nader te berichten.
- 2.7 Bij brieven van 5 juli en 3 november 2021 heeft de consument de verzekeraar bericht dat zij het oneens is met de beslissing om de uitkering in 2006 te stoppen. De consument geeft aan dat zij tot op heden arbeidsongeschikt is en vraagt de verzekeraar om nogmaals naar de beslissing uit 2005 te kijken, de beslissing te heroverwegen en om met terugwerkende kracht uitkering te verlenen voor de arbeidsongeschiktheid per 10 oktober 2005.
- 2.8 Op 31 maart 2022 heeft de consument tevens een schriftelijke arbeids-ongeschiktheidsmelding gedaan bij de verzekeraar.
- 2.9 Bij brief van 29 april 2022 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat:

“Vanaf 10 oktober 2005 achten wij u minder dan 25% arbeidsongeschikt

Dit heeft de arbeidsdeskundige destijds beoordeeld op basis van de zorgvuldig vastgestelde beperkingen. Volgens de toen geldende verzekeringsvoorwaarden heeft u vanaf 10 oktober 2005 geen recht meer op uitkering. U bent daar schriftelijk op 10 oktober 2005 van op de hoogte gebracht. Onze beoordeling staat op zichzelf en dus los van een eventuele beoordeling door het UWV.

Wij wijzen uw klacht af aangezien uw vermeende vordering reeds lang geleden is verjaard

Volgens de geldende verzekeringsvoorwaarden, model 30601 artikel 30 lid 1, moest u uw bezwaar (klacht) tegen onze beslissing binnen één jaar bij ons indienen. Op uiterlijk 10 oktober 2006 had het bezwaar ingediend moeten zijn. Dat is niet gebeurd. Als volgens de toen geldende verzekeringsvoorwaarden het bezwaar wel tijdig was geweest dan is zoals hiervoor al gezegd de vermeende vordering volgens artikel 7:942 BW binnen 3 jaar nadien alsnog verjaard. Kortom er bestaat ook op basis van verstreken termijnen geen recht op uitkering. Het spijt ons u niet anders te kunnen berichten.”

- 2.10 De consument kan zich niet verenigen met deze beslissing en heeft een klacht ingediend bij Kifid.

De klacht en vordering

- 2.11 De consument vordert uitkering met terugwerkende kracht per 10 oktober 2005 vanwege haar arbeidsongeschiktheid. Het gaat om een bedrag van € 268.800,- vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 1 januari 2006.
- 2.12 Uit de brief van het UWV van 22 februari 2007 volgt dat de consument sinds 30 augustus 2000 recht heeft op een uitkering onder de Wet Arbeidsongeschiktheid Zelfstandige omdat zij voor 80-100% arbeidsongeschikt is. Zij is dus sinds die tijd doorlopend arbeidsongeschikt geweest en heeft dan ook recht op uitkering onder de verzekering.
- 2.13 Het is aan de verzekeraar om te bewijzen dat de consument per 10 oktober 2005 voor minder dan 25% arbeidsongeschikt was. Dat de verzekeraar dit niet kan omdat hij het dossier heeft vernietigd, dient voor rekening en risico van de verzekeraar te komen. De verzekeraar heeft niet voldaan aan zijn bewijslast en dus ten onrechte per 10 oktober 2005 de uitkering stopgezet.
- 2.14 De consument geeft aan dat zij ten tijde van het besluit van de verzekeraar vanwege privéproblemen niet de ruimte had om bezwaar te maken tegen het besluit. Het valt haar dus niet te verwijten dat zij niet tijdig bezwaar heeft gemaakt. Bovendien heeft zij in die tijd meerdere advocaten gehad die namens haar bezwaar hebben gemaakt tegen het besluit van de verzekeraar. De consument heeft deze advocaten gevraagd om de bezwaarbrieven te overleggen, maar niemand heeft deze brieven meer in zijn bezit omdat zij hun administratie hebben opgeschoond. Dit laat onverlet dat zij recht heeft op uitkering onder de verzekering.

Het verweer

- 2.15 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.
- 2.16 De verzekeraar gaat niet over tot uitkering onder de verzekering omdat de consument niet binnen de bezwaartermijn van artikel 30 van de voorwaarden bezwaar heeft gemaakt tegen het besluit van 10 oktober 2005. Daarnaast heeft de consument de verjaring van de vordering ook niet gestuit. Pas in 2010 en 2021 heeft de consument aangegeven het oneens te zijn met het besluit van de verzekeraar en in beide gevallen was de vordering al verjaard.
- 2.17 Het enkele feit dat de consument volgens het UWV arbeidsongeschikt is, maakt niet dat de consument onder de verzekering ook recht heeft op uitkering. De polis is niet UWV volgend. Voor de berekening van het arbeidsongeschiktheidspercentage beoordeelt een medisch deskundige van de verzekeraar of sprake is van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een medisch objectiveerbare beperking en vervolgens kijkt de arbeidsdeskundige welke invloed de beperkingen hebben op de werkzaamheden van de consument.

De arbeidsdeskundige heeft de consument voor minder dan 25% arbeidsongeschikt geacht en dan komt de verzekering niet tot uitkering. De consument heeft op geen enkele wijze nader onderbouwd dat zij vanaf 10 oktober 2005 doorlopend arbeidsongeschikt is geweest.

- 2.18 Ook de specialistbrieven uit 2009 en 2010 maken dit niet anders omdat dit informatie is over de gezondheid van de consument van na de datum van het besluit van de verzekeraar. Deze stukken zeggen niets over de gezondheidstoestand van de consument ten tijde van het besluit van 10 oktober 2005.
- 2.19 Ook het schrijven van de heer [naam 3], maakt het standpunt niet anders. In de administratie van de verzekeraar is de brief niet terug te vinden. Zelfs als de brief is verzonden dan hebben de heer [naam 3] en de consument nagelaten om contact op te nemen en te vragen naar de staat van het bezwaar.
- 2.20 Op grond van de regelgeving in de AVG heeft de verzekeraar het dossier geschoond en beschikt de verzekeraar niet meer over inhoudelijke medische informatie over de claim en de gesloten verzekering. Uit de brief van 10 oktober 2005 volgt echter duidelijk dat er een arbeidsdeskundig rapport ten grondslag ligt aan het besluit, dat de consument minder dan 25% arbeidsongeschikt was. De consument heeft verder geen medische informatie overgelegd waaruit volgt dat de consument ten tijde van het besluit op 10 oktober 2005 meer dan 25% arbeidsongeschikt was.

3. De beoordeling

Rechtsvraag

- 3.1 De commissie moet de vraag beantwoorden of de consument met terugwerkende kracht recht heeft op uitkering onder de verzekering.
- 3.2 Bij de beoordeling van dit geschil wordt gekeken naar de afspraken die tussen partijen zijn gemaakt. Deze afspraken staan in de toepasselijke voorwaarden. Daarnaast dient de commissie te toetsen aan de relevante wet- en regelgeving. Op basis hiervan oordeelt de commissie als volgt.

Geen recht op uitkering vanaf 10 oktober 2005

- 3.3 Op grond van de voorwaarden heeft de consument enkel recht op uitkering bij een arbeidsongeschiktheidspercentage van 25% of meer. Zie artikel 5 lid 2 van de voorwaarden. De verzekeraar heeft destijds dekking verleend en uitkering verstrekt. Daaruit volgt dat de consument in principe voldoende had aangetoond dat zij recht had op dekking. Op grond van artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering heeft als uitgangspunt te gelden dat de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door hem gestelde feiten – bij voldoende betwisting door de wederpartij – zijn stellingen moet bewijzen.

Niet ter discussie staat dat de consument tot 10 oktober 2005 recht had op uitkering. Het is daarom aan de verzekeraar om aan te tonen dat de consument vanaf 10 oktober 2005 niet ten minste 25% arbeidsongeschikt was en daarom geen recht had op uitkering.

- 3.4 Hierbij acht de commissie het door verzekeraar genoemde arbeidsdeskundig onderzoek uit 2005 van belang. Volgens de brief van 10 oktober 2005 – zie hierboven onder 2.2 – bleek uit dit onderzoek dat de consument voor minder dan 25% arbeidsongeschikt was en de consument op grond van de voorwaarden geen recht meer had op uitkering. De verzekeraar heeft de uitkering per 10 oktober 2005 beëindigd. In de brief waarin deze beëindiging wordt aangekondigd wordt verwezen naar een bezoek van de consument door een arbeidsdeskundige op 17 september 2005 en een daaropvolgend rapport waarin wordt geconcludeerd dat de consument voor minder dan 25% arbeidsongeschikt wordt geacht. Hoewel het rapport er niet meer is, heeft de consument op geen enkele wijze gesteld of is op enige andere manier gebleken dat uit het ontbrekende rapport volgt dat de consument wel recht zou hebben gehad op uitkering omdat uit het rapport zou volgen dat zij voor ten minste 25% arbeidsongeschikt was. De commissie heeft dan ook geen redenen om te twijfelen aan de juistheid van de brief van 10 oktober 2005.
- 3.5 De commissie vindt het bovendien redelijk dat de verzekeraar het rapport in het onderhavige geval heeft vernietigd en niet meer tot zijn beschikking heeft. De verzekering was reeds in 2005 beëindigd samen met de uitkering. Daarna heeft de consument zich pas in 2010 gemeld waarnaar de verzekeraar niks meer van haar heeft vernomen tot zij zich in 2021 weer bij de verzekeraar meldt met het verzoek om uitkering. De commissie acht het daarom redelijk dat de verzekeraar het onderliggende dossier in het onderhavige geval heeft vernietigd. De commissie neemt daarom op basis van de brief van 10 oktober 2005 voorshands aan, behoudens tegenbewijs, dat uit het arbeidsdeskundig onderzoek uit 2005 is gebleken dat de consument voor minder dan 25% arbeidsongeschikt was.
- 3.6 Het is vervolgens aan de consument om tegenbewijs te leveren door aannemelijk te maken dat zij ten tijde van het besluit ten minste 25% arbeidsongeschikt was. De consument heeft ter zitting aangegeven de documenten, die het tegenbewijs kunnen leveren, in haar bezit te hebben en de commissie heeft haar de gelegenheid gegeven om deze stukken aan het dossier toe te voegen. Dit is uitgebleven. Zonder deze stukken heeft de consument onvoldoende tegenbewijs geleverd dat zij op 10 oktober 2005 meer dan 25% arbeidsongeschikt was. Het feit dat zij al jarenlang een uitkering krijgt van het UWV vanwege een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80-100% maakt dit niet anders. Het toetsingskader van het UWV voor de mate van arbeidsongeschiktheid komt niet overeen met het toetsingskader voor de mate van arbeidsongeschiktheid onder de verzekering. Ook het feit dat zij specialistenbrieven uit 2009 en 2010 heeft overgelegd over haar gezondheidssituatie maken het voorgaande niet anders. De specialistenbrieven dateren immers van latere datum dan het besluit van de verzekeraar en uit de brieven kan niet worden opgemaakt wat de gezondheidstoestand van de consument was rond 10 oktober 2005. Nu gelijktijdig met het besluit om de

uitkering stop te zetten ook de verzekering is beëindigd, is het irrelevant of de consument na 10 oktober 2005 wel ten minste 25% arbeidsongeschikt was. De verzekering was toen immers al beëindigd, waardoor geen recht meer bestond op toegenomen arbeidsongeschiktheid.

Slotsom

3.7 De klacht is ongegrond en de vordering wordt afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl