

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0359

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

Datum uitspraak	25 april 2024
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., h.o.d.n. Loyalis Schade, gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft een beroep gedaan op haar verzekering. De medisch adviseur van de verzekeraar heeft de claim onderzocht en heeft discrepanties vastgesteld tussen gegevens die de consument in de precontractuele fase heeft gegeven en de informatie die zij vele jaren later heeft vertrekt aan de verzekeringsarts van het UWV over de periode voorafgaand aan het sluiten van de verzekering. De medisch adviseur heeft daarom aan de consument gevraagd om drie aanvullende rapportages te verstrekken. Dit heeft zij geweigerd en daarom heeft de verzekeraar de beoordeling van de claim opgeschort. De klacht van de consument gaat erover dat zij vindt dat de verzekeraar voldoende informatie heeft om haar claim te beoordelen. De commissie is van oordeel dat het verder onderzoeken van de geconstateerde discrepanties een legitiem doel treft en dat de verzekeraar hier een gerechtvaardigd belang bij heeft. De verzekeraar mocht om die reden de beoordeling van de claim opschorten. Zij heeft daarom de vordering van de consument afgewezen.

1. Procedure

- 1.1 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) de namens de consument ingediende klachtbrief; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de namens de consument ingediende repliek; 4) de namens de consument ingediende aanvulling daarop en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 28 februari 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met [naam 1], haar partner, en haar vertegenwoordiger Y.M. Venderbos. De verzekeraar werd vertegenwoordigd door mr. [naam 2], jurist, en [naam 3], medisch adviseur.
- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft met ingang van 1 december 2010 een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de verzekeraar met de naam IPAP (hierna: de verzekering). Na aanleiding van de door de consument ingevulde uitgebreide gezondheidsverklaring heeft de verzekeraar in eerste instantie twee clausules op de verzekering geplaatst. Na bezwaar van de consument is de clausule voor aandoeningen aan de longen komen te vervallen. In juli 2013 heeft de consument een verzoek ingediend om de laatste clausule, de clausule voor aandoeningen aan de wervelkolom, te verwijderen. Deze clausule is op 6 november 2013 verwijderd.
- 2.2 De consument heeft zich per 14 november 2013 ziekgemeld bij haar werkgever. Deze eerste ziektedag heeft de consument op 1 juni 2015 bij de verzekeraar gemeld.
- 2.3 Op 24 mei 2016 heeft de verzekeraar aan de consument gevraagd om haar WIA-beslissing van het UWV te overleggen, omdat deze beslissing de basis vormt voor een eventuele uitkering onder de verzekering. Op 4 november 2016 heeft de consument de verzekeraar geïnformeerd dat zij de WIA-beslissing heeft ontvangen, maar dat zij deze nog niet zal overleggen omdat zij hiertegen in bezwaar gaat.
- 2.4 Op 21 februari 2017 heeft de consument aan de verzekeraar meegedeeld dat zij beroep had aangetekend tegen de beslissing op bezwaar van het UWV. Op basis van de uitspraak van de rechtbank van 2 april 2019, waarin is geoordeeld dat de mate van arbeidsongeschiktheid van de consument 66,16% is per 12 november 2015, heeft de consument aan de verzekeraar gevraagd om tot uitkering over te gaan.
- 2.5 Bij brief van 25 mei 2019 heeft de verzekeraar aan de consument gevraagd om alle medische gegevens van het UWV te verstrekken. Uit het reeds ontvangen medisch onderzoeksverslag van de verzekeringsarts van het UWV heeft de medisch adviseur van de verzekeraar opgemaakt dat de consument voorafgaand aan het sluiten van de verzekering andere dan wel uitgebreidere klachten had dan zij voorafgaand aan het sluiten van de verzekering in de uitgebreide gezondheidsverklaring heeft opgegeven. De medisch adviseur wilde daarom verder onderzoek doen.
- 2.6 Bij brief van 15 november 2019 heeft de verzekeraar de consument erop gewezen dat zij niet heeft voldaan aan haar precontractuele mededelingsplicht en dat dit kan betekenen dat de aangevraagde uitkering niet wordt toegekend. Daarnaast staat in de brief dat de medisch adviseur van de verzekeraar nog geen definitief advies heeft gegeven.

- 2.7 Met een e-mailbericht van 3 april 2020 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat hij van de medisch adviseur heeft vernomen dat er een discrepantie bestaat tussen de informatie die uit verschillende bronnen is verkregen en dat de voor handen zijnde medisch informatie onvoldoende houvast geeft voor de medisch adviseur om de verzekeraar te adviseren. De verzekeraar heeft daarom besloten de aanvraag van de consument aan te houden zolang de benodigde informatie niet volledig is.
- 2.8 Bij brief van 16 april 2020 aan de verzekeraar heeft de consument een officiële klacht ingediend. In de brief heeft zij zich onder andere beklaagd over de doorlooptijd van de beoordeling van haar claim en dat de medisch adviseur van de verzekeraar de Algemene Verordening Gegevensbescherming ('AVG') heeft overtreden.
- 2.9 Bij brief van 30 april 2020 heeft de verzekeraar op de klacht gereageerd en onder meer aangegeven dat hij begrijpt dat de consument ontevreden is over de doorlooptijd van de claimbehandeling en dat een advies over het al dan niet toekennen van een claim alleen kan worden gegeven op basis van een volledig beeld van de medische gegevens. In de brief heeft de verzekeraar ook toegegeven dat niet in overeenstemming met de AVG is gehandeld bij het verzoek aan de huisarts van de consument om zonder daarvoor gemachtigd te zijn een ongecensureerde versie van het huisartsenjournaal toe te verstrekken. De verzekeraar zou daarom een nieuwe machtiging opstellen.
- 2.10 Met een e-mailbericht van 28 mei 2020 heeft de toenmalige vertegenwoordiger van de consument zich tot de verzekeraar gewend en de verzekeraar verzocht tot uitkering over te gaan.
- 2.11 Bij brief van 5 juni 2020 heeft de verzekeraar op het e-mailbericht gereageerd, maar is geen uitkering gaan verstrekken. Daarnaast heeft de medisch adviseur bij brief van 11 juni 2020 aan de consument onder meer toegelicht hoe de claimbeoordeling werkt en waarom de beoordeling van de claim langer duurt dan gemiddeld. Daarnaast heeft hij uitgelegd dat en waarom de informatie die de consument aan de verzekeringsarts van het UWV heeft gegeven forse inconsistenties vertoont ten aanzien van de door de consument ingevulde uitgebreide gezondheidsverklaring. De medisch adviseur heeft de consument aan het eind van de brief gevraagd om het ongecensureerde dossier van haar huisarts te overleggen samen met het medisch rapport van de deskundige van de rechtbank, het in het kader van de rechtbankprocedure door de eigen medisch adviseur van de consument ingebrachte rapport en het medisch rapport van de bezwaararts van het UWV (hierna: de drie rapportages).
- 2.12 De consument heeft een nieuwe medische machtiging ondertekend, zodat de medisch adviseur van de verzekeraar het gehele ongecensureerde medische dossier bij de huisarts van de consument kon opvragen. Nadat hij de stukken heeft ontvangen heeft de medisch adviseur aan de consument gevraagd aanvullende medische machtigingen op te stellen, zodat informatie bij haar internist en reumatoloog kon worden opgevraagd.

- 2.13 Bij brief van haar vertegenwoordiger van 19 januari 2023 heeft de consument zich verzet tegen dit nieuwe verzoek, omdat de opgestelde machtigingen onvoldoende specifiek waren. De consument zou navraag hebben gedaan bij het ziekenhuis. Het ziekenhuis had evenwel geen verdere medische informatie. In de brief staat ook dat de consument de drie rapportages niet zal aanleveren, omdat die stukken - kort gezegd - voor de beoordeling van haar claim niet nodig zijn. Wederom wordt de verzekeraar verzocht tot uitkering over te gaan.
- 2.14 Bij brief van 14 februari 2023 heeft de verzekeraar zijn standpunt gehandhaafd dat op basis van de beschikbare informatie geen deugdelijke risico-afweging kan worden gemaakt. Hij heeft daarom nogmaals verzocht de drie rapportages aan te leveren, zodat de claim kan worden beoordeeld.
- 2.15 Omdat partijen er samen niet uitkwamen heeft de consument een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.16 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte steeds om nieuwe informatie blijft vragen. De verzekeraar heeft voldoende informatie om de claim van de consument verder te beoordelen en zij vordert dan ook dat de verzekeraar hiertoe overgaat. De consument legt hieraan het volgende ten grondslag.
- 2.17 De consument heeft er alles aan gedaan zodat de medisch adviseur van de verzekeraar de rechtmatigheid van haar claim kon beoordelen. Zij heeft veelvuldig medische machtigingen verstrekt waaronder een medische machtiging voor het gehele ongecensureerde dossier van de huisarts over de periode 2001 tot 2010. De medisch adviseur had deze informatie eerder opgevraagd terwijl een medische machtiging van de consument hiertoe ontbrak. Dit is in strijd met de AVG.
- 2.18 De drie rapportages hoeven niet te worden niet verstrekt, omdat deze geen onderdeel uitmaken van het medische dossier van de consument. De informatie uit het medische dossier waarop de rapportages zijn gebaseerd, is al aan de medisch adviseur van de verzekeraar verstrekt. Bovendien zijn de rapportages waar de verzekeraar naar vraagt opgesteld in de periode 2016 tot en met 2021 en dus niet van belang voor de relevante periode van 2001 tot 2010.
- 2.19 De verzekeraar is UWV-volgend. De verzekeraar dient daarom zijn standpunt over de claim te baseren op het oordeel en de beslissing van het UWV. De verzekeraar heeft de drie rapportages niet nodig. De gegevens die de consument heeft verstrekt zijn conform artikel 5 lid 2 van de verzekeringsvoorwaarden voldoende voor het bepalen van het recht op uitkering.

Het verweer

- 2.20 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De vraag die voorligt, is of de verzekeraar zich op het standpunt mag stellen dat hij nog niet tot uitkering onder de verzekering hoeft over te gaan, omdat hij onvoldoende informatie heeft om de rechtmatigheid van de claim te beoordelen. De commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en licht haar oordeel hierna toe door eerst het juridisch kader te schetsen.

Juridisch kader

- 3.2 Op grond van artikel 7:941 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) dient een consument binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Verder geldt op grond van artikel 6:262 BW dat een partij bij een wederkerige overeenkomst bevoegd is de nakoming van haar verbintenis op te schorten vanwege de reden dat de wederpartij haar corresponderende, opeisbare verbintenis niet nakomt. Dit brengt mee dat een verzekeraar bevoegd is zijn betalingsverplichting op te schorten, zolang de verzekerde een opeisbare verplichting tot het verstrekken van informatie niet nakomt op grond waarvan de verzekeraar kan nagaan of dekking bestaat onder de verzekering.¹

Uitwerking

- 3.3 De verzekeraar voert aan dat hij de drie rapportages nodig heeft om de claim te kunnen beoordelen vanwege de vastgestelde discrepanties tussen de door de consument gegeven informatie in de uitgebreide gezondheidsverklaring en wat de verzekeringsarts van het UWV heeft beschreven over de periode 2001-2010 naar aanleiding van hetgeen de consument hem heeft verteld.
- 3.4 De commissie is van oordeel dat de medische gegevens in het dossier een onduidelijk beeld geven van de medische toestand van de consument in de precontractuele fase. Dit wordt mede veroorzaakt door het ontbreken van medische informatie bij de huisartsen en medische specialisten over de periode 2001-2010. Het verder onderzoeken van de geconstateerde discrepanties op basis van de drie rapporten treft daarom een legitiem doel en de verzekeraar heeft hier een gerechtvaardigd belang bij.

¹ Zie het arrest van het Hof Arnhem- Leeuwarden van 5 september 2023, ECLI:NL:GHARL:2023:7458.

Als namelijk voldoende vast komt te staan dat de consument bij het aangaan van de verzekering haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden kan dit gevolgen hebben voor haar recht op uitkering.² Dat de drie rapporten zijn opgesteld na de ingangsdatum van de verzekering, maakt dit niet anders, omdat de rapporten informatie kunnen bevatten over de relevante periode.

- 3.5 De voorwaarden waar de consument naar verwijst voor haar standpunt dat de verzekeraar voldoende informatie heeft om haar claim te beoordelen, maakt dit oordeel niet anders. Dit geldt ook voor haar overige argumenten. Op basis van de huidige informatie in het dossier zijn er immers geconstateerde discrepanties waardoor de rechtmatigheid van de claim niet kan worden vastgesteld.

AVG

- 3.6 Ten aanzien van het klachtonderdeel van de consument over de AVG stelt de commissie vast dat de verzekeraar reeds met zijn brief 30 april 2020 heeft aangegeven dat hij niet in overeenstemming met de AVG heeft gehandeld. Hiervoor heeft de verzekeraar bij brief van 5 juni 2020 aan de toenmalige vertegenwoordiger van de consument zijn excuses aangeboden. Omdat een schending van de AVG geen grondslag biedt voor het toekennen van een uitkering onder de verzekering en de consument geen andere vordering heeft is de commissie van oordeel dat dit klachtonderdeel geen verdere bespreking behoeft.

Slotsom

- 3.7 De slotsom is dat de verzekeraar de uitkering mag opschorten zolang de consument de drie rapportages niet verstrekt. De vordering van de consument moet worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

² Zie artikel 7:928 BW e.v.

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Burgerlijk Wetboek

Artikel 6:262

1. Komt een der partijen haar verbintenis niet na, dan is de wederpartij bevoegd de nakoming van haar daartegenover staande verplichtingen op te schorten.

2. In geval van gedeeltelijke of niet behoorlijke nakoming is opschorting slechts toegelaten, voor zover de tekortkoming haar rechtvaardigt.

Artikel 7:941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.