

looptijd ervan. Wij achten het daarom opmerkelijk dat verzekeraars bij de aanvraag van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering en in de regel ook bij een melding van arbeidsongeschiktheid gebruik maken van een gestandaardiseerd vragenformulier, maar het minder vanzelfsprekend is dat zij dit gedurende de looptijd van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen herhalen. In geval van langdurige arbeidsongeschiktheid met zicht op (enig) herstel, is het van belang dat er na het vaststellen van de initiële arbeidsongeschiktheid, op gezette tijden concrete informatie bij de verzekeringnemer wordt ingewonnen. Een algemene vraag naar mogelijke wijzigingen in de situatie van verzekeringnemer voldoet veelal niet. Illustratief is dat fraude die bestaat uit het niet-melden

van (gedeeltelijk) herstel of hervatting van de werkzaamheden, vaak pas kan worden vastgesteld als concrete informatie van de verzekeringnemer beschikbaar is over bijvoorbeeld zijn sportieve activiteiten en dagindeling.

Tegen deze achtergrond verdient het aanbeveling om ook gedurende de looptijd van een arbeidsongeschiktheidsuitkering met een bepaalde regelmaat – bijvoorbeeld halfjaarlijks – via een gestandaardiseerd formulier met gerichte vragen duidelijk en concrete informatie over de situatie van de verzekeringnemer in te winnen. Mocht (een vermoeden van) fraude spelen, dan kan de verzekeraar steeds op deze informatie terugvallen.

## | 154 | (Mis)communicatie met de AOV-verzekeraar: wie draagt het risico?

mr. K.F.J. Machielsen<sup>1</sup>

*De auteur bespreekt kort de aard van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering en de verschillende fasen bij de tenuitvoerlegging van de verzekering. Zij behandelt de jurisprudentie waar de verzekerde een beroep op kan doen om een fatsoenlijke tenuitvoerlegging van de verzekering te bewerkstelligen. Haar conclusie is o.a. dat verzekeraars maar al te vaak keuringen inzetten om langdurige betaling van de uitkering te voorkomen. Ze bepleit een algemene verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen en tevens dat verzekerden en hun advocaten zich verzetten tegen een onjuiste tenuitvoerlegging van de particuliere AOV.*

### Probleemstelling

Over de pre-contractuele fase van een arbeidsongeschiktheidsverzekering is al veel geschreven. Maar hoe zit het met de communicatie en verplichtingen als de verzekerde zich arbeidsongeschikt meldt? Welke consequenties kunnen er zijn als het mis gaat? En welke rechten heeft de verzekerde?

### Consumentenverzekering

Een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: AOV) is een consumentenverzekering. De consument wordt door regelgeving beschermd en dat geldt dus ook voor de AOV-verzekerde. Zo moet de rechter ambtshalve toetsen of een beding in de polisvoorwaarden in strijd is met [Richtlijn 93/13](#) (oneerlijke bedingen).<sup>2</sup> Ook is de contra proferentemregel van toepassing. Dat betekent dat een

polisvoorwaarde, niet zijnde een (duidelijk) kernbeding, die voor meerdere uitleg vatbaar is, ten gunste van de verzekerde **moet** worden uitgelegd ([art. 6:238 lid 2 BW](#)).

### Verplichtingen bij schademelding

De verzekerde (of verzekeringnemer) dient de schade zo spoedig te melden als voor hem redelijkerwijs mogelijk is ([art. 7:941 BW](#)). Gebeurt dit niet, dan kan verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt ([art. 7:941 lid 3 BW](#)). Verval van het recht op uitkering kan slechts worden bedongen als verzekeraar door de te late melding in een redelijk belang is geschaad. Dit is dwingend recht ([art. 7:943 lid 2 BW](#)). Een bepaling in de polisvoorwaarden dat melding binnen 30 dagen moet gebeuren op straffe van verval van uitkering, is (dus) vernietigbaar.

<sup>1</sup> Karen Machielsen is advocaat bij Zumpolle Advocaten in Utrecht. Zij behandelt claims op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor (uitsluitend) verzekerden.

<sup>2</sup> Hof Arnhem-Leeuwarden 30 augustus 2016, [ECLI:NL:GHARL:2016:6941](#), Hof 's-Hertogenbosch 6 oktober 2015, [ECLI:NL:GHSHE:2015:3895](#), Hof Arnhem-Leeuwarden 31 mei 2016, [ECLI:NL:GHARL:2016:4228](#).

Als de verzekerde gemotiveerd betwist dat de verzekeraar door de latere melding in een redelijk belang is geschaad, dan rust op de verzekeraar de bewijslast<sup>3</sup>. Bij een AOV hoeft een (te) late melding geen probleem te zijn. Als met medische documentatie voldoende kan worden vastgesteld wat er met de verzekerde aan de hand was en op welk moment, terwijl van vertraging in het herstel geen sprake is, dan is de verzekeraar niet in zijn belang geschaad.

Het ontbreken van (voldoende) medische documentatie betekent niet automatisch dat de claim strandt. Vermindering van de claim met de periode waarin arbeidsongeschiktheid niet kan worden vastgesteld, kan dan in de rede liggen (art. 7: 941 lid 3 BW). Anders gezegd: de 1<sup>e</sup> ziekte dag kan dan tegen een latere datum worden aangenomen, namelijk een dag waartegen arbeidsongeschiktheid wél kan worden vastgesteld. De uitkering gaat dan in op een latere datum.

### Communicatie over de behandeling van de claim

Het Protocol bij claims op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen<sup>4</sup> heeft tot doel om de (informatie)plicht van verzekeraars en de rechten van een verzekerde te verbeteren. Het Protocol bepaalt bijvoorbeeld dat de verzekeraar de verzekerde moet informeren over de actie die wordt ondernomen om de uitkering vast te stellen en wanneer hij de uitslag daarvan verneemt. En bij afwijzing van de claim moet de verzekeraar erop wijzen dat de verzekerde bezwaar kan maken. Het Protocol beschrijft slechts vage procedurele uitgangspunten voor de claimbehandeling. Er staat, bijvoorbeeld, niet in dat de verzekerde inspraak heeft bij een medische keuring zowel in het specialisme als in de persoon en de vraagstelling<sup>5</sup> of dat de uitkering niet met terugwerkende kracht mag worden verlaagd of gestaakt<sup>6</sup>. Het zou in de rede liggen om dit (ook) op te nemen in het Protocol, maar het Verbond acht het kennelijk niet in het belang van zijn leden om de consument op deze punten te informeren. De arbeidsongeschikte verzekerde schiet per saldo niets op met het Protocol.

Overigens is het Protocol achterhaald. Op 23 januari 2017<sup>7</sup> publiceerde het Verbond van Verzekeraars een

Statement waarin staat dat een verzekerde altijd recht heeft op een second opinion<sup>8</sup>.

### Verstrekken van medische informatie en medewerking aan keuringen

Er zijn polissen die UWV-volgend zijn. De verzekeraar volgt dan de beslissing van UWV over de arbeidsongeschiktheid. Bij polissen die niet UWV-volgend zijn, stelt de verzekeraar de (mate van) arbeidsongeschiktheid vast. Hoe dit gebeurt en op basis van welke criteria staat niet in de polisvoorwaarden. Polisvoorwaarden vermelden slechts algemene begrippen; de verzekerde heeft meestal geen idee hoe deze begrippen ingevuld gaan worden.

Gebruikelijk is dat arbeidsongeschiktheid in drie fases wordt vastgesteld: een medisch specialistisch onderzoek om de medische problematiek in kaart te brengen, een verzekeringsgeneeskundig onderzoek om de belastbaarheid voor arbeid vast te stellen en tenslotte een arbeidsdeskundig onderzoek om de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen<sup>9</sup>. In polisvoorwaarden staat deze drietrapsraket helaas niet beschreven<sup>10</sup>.

Het ligt voor de hand dat de verzekerde in beginsel moet meewerken aan het (doen) verstrekken van informatie door zijn behandelaars. Zo nodig zal de verzekerde ook een expertise moeten ondergaan<sup>11</sup>. Echter, de informatieplicht van de verzekerde is niet onbeperkt<sup>12</sup>. Bij een verzoek om informatie en bij een keuring dient de verzekeraar een redelijk belang te hebben. De GAV Beroepscode<sup>13</sup> kan uitkomst bieden als de verzekeraar eindeloos informatie wil inwinnen en/of keuringen verlangt. Artikel 5 GAV Beroepscode verplicht de medisch adviseur van de verzekeraar immers om rekening te houden met de belangen en rechten van de verzekerde. Hij dient er voor te waken dat geen disproportionele inbreuk wordt gemaakt op de privacy. Volgens art. 8 lid 2 GAV Beroepscode mag de medisch adviseur geen onnodig of onredelijk bezwarend onderzoek laten verrichten. De medisch adviseur dient te handelen conform de professionele standaard waarmee de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit van toepassing zijn (art. 4 GAV Beroepscode)

<sup>3</sup> Hoge Raad 5 oktober 2007, [ECLI:NL:HR:2007:BA877](#), NJ 2007, 542 (Tros-arrest).

<sup>4</sup> [Protocol van 2011 van het Verbond van Verzekeraars](#).

<sup>5</sup> [Raad van Toezicht Verzekeringen 21 juni 2004](#), VR 2006,69

<sup>6</sup> [Raad van Toezicht Verzekeringen 10 december 2007](#), [2007/098 MED](#)

<sup>7</sup> 'toevallig' op de dag waarop consumentenprogramma Radar een uitzending weidde aan problemen met AOV-verzekeraars.

<sup>8</sup> <https://www.verzekeraars.nl/actueel/nieuwsberichten/Paginas/Statement-Verbond-zorgvuldige-claimbehandeling-AOV.aspx>

<sup>9</sup> Rechtbank Utrecht 21 mei 2008, [ECLI:NL:RBUTR:2008:BD2391](#) en Rechtbank Rotterdam 17 april 2013, [ECLI:NL:RBROT:2013:CA2698](#), r.o. 4.13.

<sup>10</sup> Ook in het Protocol bij claims op Individuele Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen staat de drietrapsraket niet beschreven

<sup>11</sup> Hof Arnhem-Leeuwarden 26 april 2016, [ECLI:NL:GHARL:2016:3410](#)

<sup>12</sup> E.J. Wervelman, de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering (R&P nr. VR5) 2016, pagina 338 t/m 340

<sup>13</sup> [Beroepscode voor Geneeskundig Adviseurs werkzaam in Particuliere Verzekeringszaken en/of Personenschadezaken](#)

### Vaststellen van de uitkering

Tien jaar geleden bepaalde de Raad van Toezicht Verzekeringen<sup>14</sup> al dat een uitkering niet met terugwerkende kracht mag worden verlaagd of gestaakt. Desondanks heb ik in mijn praktijk vele zaken gehad waarin dit is gebeurd.

Evenmin mag een verzekeraar uitkeringen die zonder voorbehoud zijn betaald, terugvorderen. Als in de polisvoorwaarden staat dat de verzekeraar de arbeidsongeschiktheid en de uitkering vaststelt en de verzekeraar onderzoekt de claim niet of te laat, dan vallen de gevolgen hiervan in zijn risicosfeer. De verzekeraar moet dan uitkeren<sup>15</sup>.

### Van Hove-arrest

Voor het recht op uitkering is het Van Hove arrest<sup>16</sup> van het Hof van Justitie EU belangrijk. In die casus sloot de heer Van Hove twee kredieten en daarnaast een verzekering bij CNP Assurances die voorzag in aflossing van die kredieten bij arbeidsongeschiktheid. De polisvoorwaarden bepaalden:

de verzekeraar garandeert „de betaling van de aan de kredietgever verschuldigde aflossingen in geval van overlijden of blijvende en volledige invaliditeit van de kredietnemer en van 75 % van de aflossingen in geval van volledige arbeidsongeschiktheid van de kredietnemer”.

en:

de verzekerde is „volledig arbeidsongeschikt wanneer hij ten gevolge van een ongeval of een ziekte, na afloop van een periode van 90 dagen van ononderbroken inactiviteit (wachttijd genoemd), niet in staat is een al dan niet bezoldigde beroepsactiviteit te hervatten”.

Van Hove raakte arbeidsongeschikt en deed beroep op de polis. Aanvankelijk betaalde CNP de aflossingen op de kredieten. De uitvoeringsinstantie voor sociale zekerheid stelde de blijvende invaliditeit op 72 %. Na een keuring concludeerde CNP dat de gezondheid van Van Hove het toeliet om in deeltijd een aangepaste beroepsactiviteit uit te oefenen. Hierop staakte CNP de uitkering. CNP stelde dat in duidelijke en precieze bewoordingen als voorwaarde voor dekking geldt volledige arbeidsongeschiktheid en van Hove voldeed daar niet aan. Van Hove kon weliswaar zijn vroegere beroep niet hervatten, maar

hij was wel in staat om minstens in deeltijd een aangepaste beroepsactiviteit uit te oefenen, aldus CNP.

Van Hove stelde dat het beding dat de aflossing van de lening afhankelijk stelt van de absolute onmogelijkheid om een al dan niet bezoldigde activiteit te hervatten, oneerlijk is. Het verstoort het evenwicht tussen partijen aanzienlijk ten nadele van de consument. Ook is de definitie van volledige arbeidsongeschiktheid zó opgesteld dat de consument zonder kennis van zaken de strekking ervan niet kan begrijpen.

Het Hof van Justitie EU nam als uitgangspunt dat de consument beschermd moet worden (**Richtlijn 93/13**). Daarom moet de rechter ambtshalve toetsen of een beding in polisvoorwaarden oneerlijk is. De rechter moet toetsen of het een kernbeding betreft en of dit duidelijk en begrijpelijk is geformuleerd. Nota bene: een duidelijk en begrijpelijk geformuleerd kernbeding komt niet voor vernietiging in aanmerking (**art. 6:231 sub a BW juncto art. 6:233 BW**.)

Het transparantievereiste moet ruim worden uitgelegd: polisvoorwaarden moeten niet alleen taalkundig en grammaticaal duidelijk en begrijpelijk zijn, maar de consument moet ook de (financiële) draagwijdte daarvan kunnen overzien, ook in de context. De consument bevindt zich immers in een zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van de verzekeraar, beschikt over minder informatie en heeft geen invloed op polisvoorwaarden. De consument moet worden geïnformeerd over de bijzonderheden van het mechanisme voor betaling van aflossingen bij volledige arbeidsongeschiktheid en de verhouding tussen dit mechanisme en het mechanisme dat is voorgeschreven door andere bedingen. Dit, opdat hij op basis van duidelijke en begrijpelijke criteria de economische gevolgen die er voor hem uit voortvloeien, kan inschatten. Bovendien zijn relevant: reclame-uitingen, de informatie die verzekeraar verstrekke voor het sluiten van de polis en het feit dat de polis deel uitmaakte van een ruimer contractueel kader waardoor de consument mogelijk niet even oplettend was.

Het Van Hove-arrest is een belangrijk arrest voor de AOV-praktijk. Er zijn veel polissen in omloop die niet (voldoende) duidelijk zijn. Het Van Hove-arrest biedt in die zaken soelaas.

### Oneerlijk beding

Ook polisvoorwaarden die taalkundig en grammaticaal wel goed in elkaar zitten, staan ter discussie. Dit volgt uit

<sup>14</sup> Raad van Toezicht Verzekeringen 10 december 2007, **2007/098 MED**

<sup>15</sup> Geschillencommissie Financiële Dienstverlening 22 september 2011, **KiFiD 2011/223**

<sup>16</sup> HvJ EU 23 april 2015, **ECLI:EU:C:2015:262**

de arresten van Hof Arnhem-Leeuwarden van 22 maart 2016 en 30 augustus 2016<sup>17</sup> over het beding dat luidt: “Wij stellen de mate van arbeidsongeschiktheid vast aan de hand van rapportages van door ons aan te wijzen deskundigen.”

Zo’n beding staat in nagenoeg alle (niet UWV-volgende) polissen. Na te hebben vastgesteld dat de AOV een consumentenverzekering is, toetst het Hof ambtshalve de polisvoorwaarden. Het Hof stelt vast dat over het beding niet afzonderlijk is onderhandeld en dat het een beding is als bedoeld onder m) van de lijst van artikel 3 lid 3

**Richtlijn 93/13:**

“m) de verkoper het recht te geven te bepalen of (...) de dienst aan de bepalingen van de overeenkomst beantwoorden of hem het exclusieve recht te geven om een of ander beding van de overeenkomst te interpreteren;”

Het Hof oordeelt dat het beding een aanzienlijke en ongerechtvaardigde verstoring oplevert van het evenwicht tussen partijen. De verzekeraar krijgt immers eenzijdig het recht om de mate van arbeidsongeschiktheid en het recht op uitkering te bepalen, terwijl de verzekerde daarop geen in de polis geregelde invloed kan uitoefenen. Ook geven de polisvoorwaarden de verzekerde geen recht om invloed uit te oefenen op de deskundigen die worden ingeschakeld en heeft hij geen recht op contra-expertise.

De rechter moet een oneerlijk beding ambtshalve buiten toepassing laten. Het is de rechter niet toegestaan om de daardoor ontstane leemte op te vullen door, bijvoorbeeld de ‘verboden’ bepaling te converteren in een bepaling die wel toegepast kan worden, aldus Hof van Justitie EU 14 juni 2012:<sup>18</sup>

r.o. 69: (...) indien de nationale rechter de inhoud van oneerlijke bedingen in dergelijke overeenkomsten zou kunnen herzien, de verwezenlijking van het in artikel 7 van **richtlijn 93/13** bedoelde lange termijn doel in gevaar zou kunnen komen. Die bevoegdheid zou ertoe bijdragen dat de voor handelaars *afschrikkende werking* (curivering KM) die uitgaat van een loutere niet-toepassing van dergelijke oneerlijke bedingen ten aanzien van de consument wordt uitgeschakeld (...), aangezien deze handelaars in de verleiding zouden blijven om die bedingen te gebruiken in de wetenschap dat ook al mochten deze ongeldig worden verklaard, de overeenkomst niettemin voor zover noodzakelijk door de nationale rechter zou kunnen worden aangevuld en het belang van die handelaars dus gediend zou zijn.

Het verbod op conversie heeft mijns inziens als enige logische consequentie dat een medisch en/of arbeidsdeskundig rapport dat op basis van dat oneerlijke beding tot stand kwam, niet mag worden gebruikt. Als zo’n rapport wel een rol zou blijven spelen, dan heeft het buiten toepassing laten van het beding voor de verzekeraar feitelijk geen gevolg. De verzekeraar kan dan in de verleiding blijven om het beding te blijven gebruiken omdat het rapport toch kan worden gebruikt om de uitkering te verlagen of staken. En dit is nu juist niet de bedoeling, aldus het Hof van Justitie EU in zijn uitspraak van 14 juni 2012.

Gezien deze jurisprudentie ligt het bovendien in de rede dat een rechter een verzoek tot benoeming van deskundigen toewijst als het standpunt van de verzekeraar (mede) is gebaseerd op een rapport dat op basis van een oneerlijk beding werd verkregen.

Ondanks dat de verzekeraars bekend zijn met het oordeel van het Hof Arnhem over het oneerlijke beding in de polisvoorwaarden, zijn deze bij mijn weten (nog) niet aangepast. Evenmin zie ik dat verzekerden ‘spontaan’ inspraak krijgen bij een keuring. Inspraak is veelal pas aan de orde als een advocaat zich namens de verzekerde meldt en dit afdwingt. Dit is eens te meer reden om een zonder inspraak tot stand gekomen rapport direct terzijde te stellen om verzekeraars te bewegen tot een betere claimbehandeling.

### Verplichtingen tijdens betaling van de uitkering

**Art. 7: 941 lid 2 BW** bepaalt dat de verzekerde verplicht is om aan de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn voor de uitkeringsplicht. Ook in polisvoorwaarden staat vaak zo’n algemeen geformuleerde verplichting. Daar waar de verzekeraar weet welke inlichtingen en bescheiden hij nodig heeft, dient hij zijn verzekerde hierover concreet te informeren. De verzekeraar heeft immers een informatieplicht. Art. 66 lid 1 sub d Besluit Gedragstoezicht Financiële Ondernemingen Wft bepaalt dat de verzekeraar de consument in een financiële bijsluiter dient te wijzen op zijn verplichtingen. Daarnaast brengt ook de zorgplicht<sup>19</sup> dit naar mijn mening met zich mee. Geeft de verzekeraar niet concreet aan welke inlichtingen en bescheiden hij nodig heeft, dan kan hij bezwaarlijk aan de verzekerde tegenwerpen dat deze de inlichtingenplicht heeft geschonden.

<sup>17</sup> Hof Arnhem-Leeuwarden 22 maart 2016, [ECLI:NL:GHARL:2016:2316](#), Hof Arnhem-Leeuwarden 30 augustus 2016, [ECLI:NL:GHARL:2016:6941](#).

<sup>18</sup> [C-618/10](#), NJ 2012/512.

<sup>19</sup> Hoge Raad 9 maart 2012, [ECLI:NL:HR:2012:BU9206](#)

De inlichtingen die de verzekerde geeft, mogen niet onjuist zijn. In Rechtbank Rotterdam 10 november 2010<sup>20</sup> ging het om een depressieve arbeidsongeschikte gynaecoloog die verzekerd was tegen beroepsarbeidsongeschiktheid. De gynaecoloog vertelde niet dat hij werkte als plastisch chirurg. Movir kwam daar na 4 jaar achter en vorderde de uitkeringen terug. De rechtbank stelde vast dat bij een sommenverzekering andere inkomsten geen invloed hebben op de mate van beroepsarbeidsongeschiktheid of de uitkeringen. Ook brengt (gedeeltelijke) arbeidsgeschiktheid als plastisch chirurg niet zonder meer met zich dat hij ook geschikt moet worden geacht voor werkzaamheden als gynaecoloog.

“Daarmee is echter niet gezegd dat informatie omtrent de activiteiten van [gedaagde] (...) en de daarmee (eventueel) verworven inkomsten niet van belang zouden zijn voor de beoordeling van de uitkeringsplicht van Movir. (...) Uit het door de deskundigen waargenomen gedrag van [gedaagde] alsmede hetgeen hij heeft medegedeeld blijkt dat [gedaagde] vanaf het begin af aan een (consistent) beeld heeft neergezet van zichzelf als iemand die als gevolg van een zware depressie tot (zeer) weinig in staat is, noch op het gebied van re-integratie als gynaecoloog noch als het gaat om niet werk-gerelateerde activiteiten (...), en dat hij (zeer) langzaam herstellende is. (...) Dat betekent dat [gedaagde] een onjuist beeld van zichzelf heeft neergezet (...)

Bij het beoordelen van de uitkeringsplicht komt het aan op de vraag in hoeverre de verzekerde beperkt is de aan het verzekerde beroep verbonden werkzaamheden uit te oefenen. Evident is dat ten aanzien van die beperkingen (zo veel mogelijk) helderheid gegeven dient te worden. Dat betekent dan ook dat [gedaagde] gehouden was Movir een zo volledig mogelijk beeld te geven van hetgeen waartoe hij in staat was en in dat kader ondernam. Uit die informatie diende immers te kunnen worden afgeleid hoe het gesteld was met de (ontwikkeling van de) arbeidsongeschiktheid van [gedaagde] en de toekomst-verwachtingen daaromtrent. (...) [gedaagde] heeft echter noch in het (...) gesprek met de arbeidsdeskundige (...) noch in enig daaropvolgend gesprek met een (arbeids)deskundige van Movir, informatie verstrekt over zijn activiteiten (...). Aldus heeft hij Movir onvolledig ingelicht ten aanzien van hetgeen waartoe hij in staat was en in dat kader ondernam en – daarmee – in strijd gehandeld met de op hem ingevolge artikel 6.5 van de voorwaarden in samenhang met artikel 7:941 lid 2 BW rustende verplichting om Movir alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor Movir van belang waren om haar uitkeringsplicht te beoordelen.”

De verzekeringsrechtelijke literatuur gaat vaak uit van de positie van de verzekeraar. De keerzijde, oftewel de

positie van de consument, blijft vaak onderbelicht. Veel zaken hebben een keerzijde. Als voorbeeld bespreek ik een zaak waarin de verzekeraar zich op fraude beroept, terwijl de verzekerde meent dat de uitkering ten onrechte werd verlaagd (de zaak is nog niet aan de rechter voorgelegd).

Een sloper/electriciën, die verzekerd is voor beroepsarbeidsongeschiktheid, overkomt een arbeidsongeval. Daarbij ontstaat letsel aan de voet. De verzekerde is kostwinner van een gezin met minderjarige kinderen. Aanvankelijk betaalt de verzekeraar de AOV-uitkering. De AOV-uitkering is lager dan zijn inkomen en de verzekerde teert in op zijn financiële reserves. Na 22 maanden wordt de verzekerde alsnog geopereerd aan de voet maar ook nadien houdt hij klachten en beperkingen. Drie maanden na de operatie vindt de verzekeraar het welletjes en de arbeidsdeskundige vertelt dat de uitkering wordt verlaagd naar 75%. Ondanks protest van de verzekerde handhaaft de verzekeraar zijn besluit. Van 75% uitkering kan het gezin niet rondkomen en daardoor ziet de verzekerde zich genoodzaakt om te gaan werken (niet in het verzekerd beroep). Na 2 maanden wordt de verzekerde ‘betrap’t bij het leggen van bestrating in een tuin. De verzekerde draait er niet om heen en vertelt dat hij inderdaad heeft gewerkt om zijn gezin te onderhouden. De verzekeraar meent dat de verzekerde heeft gefraudeerd, staakt de uitkering, vordert € 1.200 terug en neemt de verzekerde op in het Externe Verwijzingsregister (EVR)<sup>21</sup>. Is dit terecht?

In de polisvoorwaarden stond weliswaar dat (gedeeltelijke) werkhervatting en het verrichten van andere arbeid moest worden gemeld, maar de door de verzekeraar gestelde arbeidsgeschiktheid voor 25% veronderstelt (gedeeltelijk) werken (de verzekeraar heeft niet gesteld dat de verzekerde zonder te werken de korting van 25% op de uitkering kon compenseren). De verzekerde is er niet expliciet (schriftelijk) op gewezen dat hij, nadat hij voor 25% arbeidsgeschikt was verklaard, tóch moest melden dat hij ging (proberen te) werken. De verzekeraar voldeed niet aan zijn informatieplicht. Ik meen dat de verzekeraar bezwaarlijk aan de verzekerde kan tegenwerpen dat deze de inlichtingenplicht schond, nu daaraan vooraf ging dat de verzekeraar niet aan de informatieplicht voldeed.

Dit klemt te meer nu verzekeraars volgens de Gedragscode Verzekeraars ‘helder en open’ moeten communiceren (regel 1), moeten zorgen voor begrijpelijke producten en goede informatie hierover (regel 2), duidelijk moeten zijn over de werking van producten (regel 5), moeten zorg dragen voor een inzichtelijke schadebehandeling (regel 6) met oog voor alle betrokkenen (regel 11).

<sup>20</sup> ECLI:NL:RBROT:2010:BO5095.

<sup>21</sup> op basis van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen

De handelwijze van de verzekeraar is hiermee niet (goed) verenigbaar.

In de polisvoorwaarden was re-integratie meeverzekerd. De verzekerde mocht redelijkerwijs verwachten dat hij zou worden geholpen en begeleid als de verzekeraar mogelijk achtte dat hij voor 25% kon werken. Het past een redelijk handelend AOV-verzekeraar niet om op zo'n cruciaal moment de verzekerde hulp en begeleiding bij de door haar mogelijk geachte re-integratie te onthouden. De verzekeraar schoot ook hierin toerekenbaar tekort.

Hooguit lijkt sprake van een miscommunicatie. In zo'n geval dient de verzekerde het voordeel van de twijfel te krijgen. Dit klemmt temeer nu de verzekerde consument is.

Tenslotte is de maatregel van staking en/of terugvordering van de uitkering en/of opname in het EVR disproportioneel, ook gezien het geringe financiële belang van € 1.200.

### Afronding

Jaarlijks presenteert het Verbond de cijfers van de verzekeringsmarkt<sup>22</sup>. In Verzekerd van Cijfers 2016 staan ook de 'facts & figures' over verzekeringsfraude. Door die cijfers te presenteren naast harde cijfers over premie omzet en schade-uitkeringen, wordt de suggestie gewekt dat het bij verzekeringsfraude ook om 'harde' cijfers gaat.

De cijfers zijn gebaseerd op EVR-meldingen. Aan vermelding in het EVR gaat geen rechterlijke toets vooraf. De individuele verzekeraar beslist over opname in het EVR als hij, bijvoorbeeld, meent dat de verzekerde heeft gefraudeerd of verzwegen. Maar dat de verzekeraar die mening is toegegaan, betekent niet noodzakelijkerwijs dat dit zo is. De ervaring op ons kantoor is dat in AOV-zaken veelal ten onrechte fraude of verzwijging wordt gesteld<sup>23</sup>. Aan dergelijke zaken zit veelal een andere

kant die onderbelicht blijft omdat die zaken nooit voor de rechter komen. Daar kunnen uiteenlopende redenen voor zijn: persoonlijke redenen (de verzekerde heeft al genoeg problemen en ziet daarom af van een procedure), financiële redenen (cliënt kan het niet betalen en/of durft het financieel risico van een procedure niet te nemen) en/of vrees voor een tegenvordering (terugvordering gedane uitkeringen en/of incasso van achterstallige premies). De cijfers van het EVR zijn dus 'vervuild'.

Hoe meer AOV-zaken ik zie, hoe treuriger ik word van de wijze waarop verzekeraars hun klanten behandelen. Verzekeraars zijn uitstekend in premie incasseren en een korte tijd uitkeren hoeft voor een verzekeraar geen probleem te zijn. Maar als het op langdurig betalen dreigt aan te komen, dan blijkt dat in meer dan 50% van de zaken die ik zie dat de uitkering ten onrechte werd verlaagd of gestaakt. In die zaken lijken keuringen vooral ingezet te worden om argumenten te verzamelen om niet (meer) te hoeven uitkeren. Het zich onttrekken aan een langdurige betalingsverplichting is terug te voeren op het winstoogmerk van verzekeraars en het verzekeringsproduct is slechts een middel om dat doel te bereiken. Een intentie om bij langdurige arbeidsongeschiktheid uit te keren en de verzekerde recht te doen, mis ik. Het beperken van de schadelast lijkt belangrijker dan het nakomen van de verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst. Het wordt tijd dat hieraan paal en perk wordt gesteld. Allereerst door herinvoering van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor de zelfstandig ondernemer. Daarmee worden twee grote problemen opgelost: de verzwijgingsproblematiek en de onverzekerden. Ten tweede media-aandacht om de laakbare claimbehandeling aan de kaak te stellen. Ten derde zouden consumenten (en hun advocaten!) onterechte beslissingen niet meer moeten accepteren opdat het huidige verdienmodel (terechte claims afwijzen) niet meer loont.

<sup>22</sup> grootste verzekeraars per branche, de penetratiegraad van particuliere verzekeringen (naar leeftijd, inkomen en soort huishouden), premie omzet per branche, enzovoorts

<sup>23</sup> zie het artikel van mr. R. Gerretsen elders in dit nummer