

De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering: schade- of sommenverzekering?

Inderdaad, een continuing story



Mr. E. J. Wervelman
KBS Advocaten

Inleiding

Op 24 mei 2007 heeft het Hof Amsterdam een belangrijk arrest - LJN BB3136 - gewezen op het terrein van particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Inzet vormde het antwoord op de vraag of de in het geding zijnde polis een sommen- of een schadeverzekering was. Het arrest verdient bespreking, omdat het een nadere invulling geeft aan de elementen die een rol spelen ter beantwoording van die vraag. In het hierna volgende wordt allereerst de casus besproken die daarna wordt afgezet tegen andere recente jurisprudentie. Vervolgens wordt aan de hand daarvan dan uiteengezet welke elementen nu een rol spelen bij het onderscheid tussen de beide vormen van verzekering.

De casus

Een directeur van een klein bouwbedrijf besloot in 1991 bij De Noordhollandsche van 1816 een arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. Verzekerd was zowel het eerste jaar, als het na-eerste jaarsrisico met verzekerde rentes van respectievelijk 60.000 en 41.000 gulden. Blijkens art. 3 van de toepasselijke polisvoorwaarden had de verzekering ten doel uitkering te verstrekken bij derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van zijn arbeidsongeschiktheid. Art. 5 bepaalde dat arbeidsongeschiktheid aanwezig is, indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. Er gold een eigen risicotermijn van dertig dagen.

In 2002 was verzekerde een tijd arbeidsongeschikt naar aanleiding waarvan De Noordhollandsche hem uitkering

had verstrekt. De omstandigheid dat zijn loon werd doorbetaald speelde voor haar toen geen rol. In ieder geval niet op een voor verzekerde kenbare manier.

Begin juni 2004, om precies te zijn op 9 juni, viel verzekerde opnieuw uit. Hij wendde zich tot zijn huisarts met gezondheidsklachten. De Noordhollandsche weigerde uitkering, omdat geen sprake zou zijn van inkomensderving die was veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid, maar door de deconfiture van het bouwbedrijf zelf. Ten aanzien daarvan was op 28 april 2004 een faillissementrekest ingediend dat op 25 mei en 15 juni 2004 was behandeld. Op 15 juni 2004 was de besloten vennootschap failliet verklaard. Het laatst betaalde loon was dat over april 2004.

Na het intreden van de arbeidsongeschiktheid ging verzekerde door met betalen van de verschuldigde premie. Met de rechtbank was het hof van oordeel dat het bij beantwoording van de vraag of ten tijde van het intreden van de arbeidsongeschiktheid op 9 juni 2004 een verzekerd belang voor verzekerde bestond, aankomt op uitleg van de verzekeringsovereenkomst. Terecht heeft de rechtbank naar de overtuiging van het hof niet alleen acht geslagen op de bewoordingen van de relevante bepalingen van de overeenkomst, maar op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden aan deze bepalingen moeten toekennen en op wat zij op dit punt redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten.

Partijen hebben - ook in appel - uitgebreid gedebatteerd over de zich ontwikkelende opvattingen wat betreft de juridische status van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, in het bijzonder over de vraag of deze polis moet worden opgevat als een schade- dan wel sommenverzekering. Dienaangaande overweegt het hof: *“bij de beoordeling van het verzekerd belang dat in de omstreden arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt bedoeld, kan evenwel niet worden volstaan met een dergelijk algemene benadering. Het Hof heeft bij de uitleg van de omstreden verzekeringsovereenkomst acht te slaan op de concrete omstandigheden van het geval.”*

Art. 3 van de polisvoorwaarden maakt naar de overtuiging van het hof op zichzelf duidelijk dat partijen voor ogen stond dat aan de verzekerde een geldelijke vergoeding zou toekomen in geval van inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Echter: *“Die tekst is dermate algemeen geredigeerd dat deze hier niet zonder meer uitsluitel geeft. Dat het beroep van verzekerde op het polisblad wordt omschreven als directeur bouwbedrijf (administratief/commercieel werkzaam) maakt het niet anders.”*

Het hof vervolgt met de overweging dat de aanspraak op een vaste uitkering, die kon variëren naargelang de omvang van de arbeidsongeschiktheid, evenmin uitsluitel biedt ten aanzien van het verzekerd belang. Wel valt op, zo vervolgt het hof, *“dat partijen geen koppeling tot stand*

hebben gebracht met het door verzekerde in zijn bedrijf verdiende arbeidsinkomen. Zo was verzekerde bijvoorbeeld niet gehouden om de Noordhollandsche periodiek op de hoogte te brengen van het bestaan en de omvang van het door hem in zijn bedrijf verdiende inkomen.”

Ook dat wijst er naar de overtuiging van het hof niet op dat partijen het door De Noordhollandsche verdedigde verzekerde belang voor ogen heeft gestaan. Dat blijkt volgens het hof ook niet uit de gedragingen van De Noordhollandsche. Zo was De Noordhollandsche eerder bij een in 2002 opgelopen letsel overgegaan tot uitkering, hoewel aan verzekerde zijn loon toen ook gewoon werd doorbetaald. Het hof was dan ook niet overtuigd van het feit dat verzekerde slechts uitkering toekwam op grond van de overeenkomst in geval van inkomensderving door arbeidsongeschiktheid. De omstandigheid dat De Noordhollandsche na het faillissement van de vennootschap aanspraak is blijven maken op betaling van de verzekeringspremie, acht het hof evenmin in overeenstemming met haar standpunt dat het verzekerde belang zou zijn vervallen. Daarop volgt dan een belangwekkende overweging: *“Voorts verdient overweging dat in een klein bedrijf als hier aan de orde is, arbeidsongeschiktheid veelal leidt tot een substantiële terugval van het resultaat van de onderneming met als gevolg dat uitbetaling van loon door de vennootschap waarbinnen het bedrijf wordt uitgeoefend problematisch kan worden. Bezwaarlijk kan zonder toelichting, die ontbreekt, worden aangenomen dat het in de bedoeling van partijen lag dat een dergelijke terugval zou kunnen meebrengen dat het verzekerde belang zou komen te vervallen.”* Bovendien wijst het hof er nog op: *“dat de verzekerde ten pleidooie heeft verklaard dat aan hetgeen hem bij het aangaan van de verzekering voor ogen stond daarmee in overeenstemming is. Toentertijd was het risico van inkomensderving in geval van arbeidsongeschiktheid urgenter geworden, aldus verzekerde, omdat zijn vader niet langer in het bouwbedrijf werkzaam zou zijn. Althans niet structureel. Eventuele langdurige arbeidsongeschiktheid zou dan ook onmiddellijk consequenties hebben gehad voor het resultaat van de onderneming. Juist daarvoor wenste verzekerde een voorziening te treffen.”*

Bespreking relevante recente literatuur en jurisprudentie

In PIV-Bulletin 2006, 5 heeft Gerritsen-Bosselaar een vonnis besproken van de Rechtbank Arnhem van 7 juni 2006. Zij bespreekt daar enige recente jurisprudentie die tendert naar het aannemen van een schadeverzekering bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Naar mijn mening terecht noemt Gerritsen het vonnis van de Rechtbank Arnhem opmerkelijk, omdat de rechtbank van oordeel was dat de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering als sommenverzekering moet worden aangemerkt. De rechtbank haakte in haar vonnis aan bij een passage uit de Parlementaire Geschiedenis. Zeker in samenhang met de definitie van art. 7:944 BW is die passage toch wat minder gelukkig. In de toelichting op art. 7:925 BW valt te lezen als volgt: *“ongevallen-, arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsverzekeringen strekken in beginsel wel tot vergoeding van schade, maar de daarvoor uit te keren vergoeding is reeds in de overeenkomst vastgelegd ongeacht de vraag of het bedrag tot op geld waardeerbaar*

schade wordt gerechtvaardigd. Daarom is ook hier sprake van een sommenverzekering”.

Ondanks het feit dat de rechtbank naar aanleiding van deze passage overweegt dat sprake is van een sommenverzekering - en de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar dus niet subrogeerde in de rechten van het slachtoffer jegens Univé - was de rechtbank van oordeel dat voordeelstoerekening redelijk was. De rechtbank overwoog dat door aan te nemen dat strikt genomen wel sprake is van een sommenverzekering, maar dat de verzekering wel degelijk de strekking had om inkomensschade bij arbeidsongeschiktheid te vergoeden. Het afsluiten van een dergelijke polis kan dan ook niet worden gezien als een zuiver individuele en persoonlijke beslissing met strekking de verzekerde som uit te keren ingeval het verzekerde risico zich verwezenlijkt, bedoeld om hem bijvoorbeeld een extraatje te verschaffen. De rechtbank concludeerde dan ook dat voordeelstoerekening op basis van art. 6:100 BW dus op zijn plaats was.

En nu?

Met het arrest van 24 mei 2007 rijst de vraag of het Hof Amsterdam anders over particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is gaan denken. Immers, dit hof had op 11 september 2003 - op basis van een polis die, net als in deze zaak, ten doel had uitkering te verlenen bij derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van arbeidsongeschiktheid - beslist dat sprake was van een schadeverzekering - AV&S 2007, p. 35.

Datzelfde oordeelde het Hof Den Haag op 29 november 2005 - AV&S 2007, p. 34.

Het hof overwoog dienaangaande: *“Het gaat hier om een verzekering voor zelfstandigen die tot doel heeft om dekking te geven voor het wegvallen van inkomsten die voor werknemers in loondienst zijn gedekt door sociale verzekeringen. Verder heeft J. zelf in zijn inleidende dagvaarding betoogd dat het hier een verzekering betreft ter delging van eventueel door hem te lijden inkomensschade als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Tot slot draagt punt 3 van de polisvoorwaarden met het nummer 1157 het kopje “schaderegeling”. Hetgeen hiervoor is overwogen brengt mede dat de onderhavige verzekering derhalve reeds vanaf het moment van sluiten is aan te merken als een schadeverzekering en niet, zoals J. betoogt, als sommenverzekering. Deze betekenis mochten partijen over en weer in redelijkheid aan het dekkingsbereik van de verzekering toekennen. In de polisvoorwaarden met nummer 1280 is dit uitgangspunt in artikel 2.1 expliciet vastgelegd”.*

Ongetwijfeld zijn deze beide arresten geïnspireerd door het arrest dat de Hoge Raad heeft gewezen op 6 juni 2003 - NJ 2004, 670 - waarmee, naar algemeen wordt aangenomen, de deur op een kier werd gezet om een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering als schadeverzekering te betitelen - Vergelijk E. J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, diss. Rotterdam: 2004, p. 28-30.

Het is, dunkt mij, wel duidelijk dat het - zoals de Hoge Raad in dat arrest ook heeft overwogen - gaat om een aantal specifieke feiten en omstandigheden, zoals in dit geval: - het door de tussenpersoon ingevulde aanvraagformulier, waarin wordt verwezen naar een gesprek; - de vervolgens door verzekeraar uitgebrachte offerte; - een aan verzekeraar gerichte brief van de tussenpersoon; > 21

- de inhoud van het deelnemersbewijs dat door verzekeraar werd verstrekt;
- dat verzekerde jaarlijks een door hem ondertekende opgave van zijn salaris heeft gedaan die door de tussenpersoon naar verzekeraar werd toegezonden.

De Hoge Raad laat zich in dit arrest niet in algemene bewoordingen uit over het karakter van particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De lering die er dan ook uit moet worden getrokken is dat de strekking van dergelijke polissen niet alleen is af te leiden uit de doelomschrijving zo die is opgenomen in de polis, maar dat voor iedere verzekering afzonderlijk moet worden beoordeeld of sprake is van een schade- of een sommenverzekering. En dat is nu juist wat het Hof Amsterdam bij arrest van 24 mei 2007 terecht en zeer gedetailleerd heeft gedaan. Zoals Gerritsen-Bosselaar - en eerder ook Hovinga in PIV-Bulletin 2003, 5 - bepleit, is het op zichzelf zonder meer mogelijk om de toepasselijke polisvoorwaarden van dit soort verzekeringen zodanig in te richten dat wel sprake is van een schadeverzekering. Het Hof Arnhem heeft dat overigens ook al eerder aangegeven bij arrest van 10 februari 1998 - VR 1998, 174.

Het ging hier om een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering waarin een correctiebepaling was opgenomen. Deze gaf de verzekeraar de bevoegdheid om het meerdere aan inkomen in mindering te brengen op de verzekerde uitkering. Meer specifiek in de situatie dat verzekerde na drie jaar ononderbroken arbeidsgeschied was en in totaal aan inkomen, met inbegrip van de uitkeringen krachtens die polis of enige andere voorziening ter zake van inkomstenderving wegens arbeidsongeschiktheid, meer zou ontvangen dan een bedrag gelijkwaardig aan zijn vroegere inkomen uit hoofde van zijn beroep voor de ingetreden arbeidsongeschiktheid. Essentieel achtte het hof dat verzekerde niet behoefde aan te tonen dat door hem schade werd geleden ten gevolge van arbeidsongeschiktheid. De correctiebepaling brengt daarin geen verandering, aldus het hof. Ook niet indien deze wordt toegepast. Afroming van meerinkomsten boven het uit arbeidsongeschiktheid genoten inkomen behoeft immers niet te betekenen dat de wel behouden inkomsten niet verworven hadden kunnen worden, indien geen uitkering had plaatsgevonden. De verzekerde behoeft ook niet aan te tonen dat hij niet in staat was op een van hem redelijkerwijs te vergen wijze zelf volledig het eerder genoten inkomen te verwerven, aldus het hof dat vervolgt: *“het voorgaande betekent uiteraard niet, dat een AOV niet zo kan worden geredigeerd dat deze (gedeeltelijk ook) als een schadeverzekering moet worden aangemerkt en dat wel subrogatie op de voet van artikel 284K optreedt”*.

De discussie in het denken over het karakter van particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is met het recente arrest van het Hof Amsterdam ongetwijfeld nog niet ten einde. Al was het maar, omdat tegen het arrest cassatie is ingesteld. Duidelijk is dat wat het ene hof juist richtinggevend vindt ter bepaling van het karakter van de polis, het andere hof dat niet doorslaggevend vindt. Het Verbond van Verzekeraars heeft zich deze discussie aangetrokken en inmiddels twee soorten Modelpolisvoorwaarden ontwikkeld, te weten een schade- en een sommenvariant. Art. 2 van de Modelpolisvoorwaarden AOV-Individueel 2005 (schade) luidt: *“Deze verzekering heeft ten*

doel schadevergoeding te verlenen aan de begunstigde bij derving van inkomen tengevolge van arbeidsongeschiktheid”.

De strekking van de sommenvariant in art. 2 van de Modelpolisvoorwaarden AOV-Individueel 2004 (sommen) luidt: *“Deze verzekering heeft tot doel een periodieke uitkering te verlenen bij arbeidsongeschiktheid van de verzekerde”*.

Andere verschillen tussen de beide Modelpolisvoorwaarden zijn dat in de schadevariant van de Modelpolisvoorwaarden letterlijk de aloude correctiebepaling is teruggekeerd. Ter toelichting op art. 7.3 waarin die bepaling is neergelegd wordt aangegeven dat daaraan kan worden toegevoegd dat verzekeraar hierbij het recht heeft om de bedragen die zijn verzekerd op dezelfde wijze te verlagen. Ook het begrip ‘inkomen’ is gedefinieerd, te weten als: *“Het bruto inkomen van de verzekerde uit arbeid en/of winst uit onderneming in de zin van de Wet op de inkomstenbelasting”*.

Relevante elementen ter bepaling van het karakter van de polis

Uit de arrestenreeks van Hof Leeuwarden 14 januari 1976 - VR 1978, 98 - Hof Den Bosch 10 juli 1979 - NJ 1980, 251 - en Hof Arnhem 10 februari 1998 - VR 1998, 174 - weten wij geruime tijd dat de enkele correctiebepaling de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering op zichzelf nog niet tot schadeverzekering verheft. Daarvoor is (veel) meer nodig. En voor dat meerdere doet het Verbond van Verzekeraars mijns inziens op zichzelf een stap in de goede richting.

Ik zou dan ook menen dat de verzekeraar die aansluit bij de formulering van deze Modelpolisvoorwaarden in beginsel blijk geeft van de bedoeling om met verzekerde een schadeverzekering, althans niet een sommenverzekering te zijn aangegaan.

Dat geldt temeer, indien die verzekeraar

- a) (bijvoorbeeld in uitingen aan de consument) bij het aangaan van de polis duidelijk heeft gemaakt dat het gaat om vergoeding van schade en niet zonder meer om vergoeding van een vaste som onafhankelijk van welke schade dan ook en
 - b) een jaarlijkse - of in ieder geval regelmatige - controle verricht naar de verhouding tussen de hoogte van het inkomen en de verzekerde bedragen, óók in de situatie dat van arbeidsongeschiktheid van verzekerde (nog) geen sprake is. De polisvoorwaarden zouden in dat verband
 - c) een regeling moeten bevatten waarin de verzekeringnemer - kort gezegd - verplicht wordt telkens wanneer verzekeraar daarom vraagt opgave te doen van zijn inkomensgegevens en/of mee te werken aan de vaststelling daarvan. De Modelpolisvoorwaarden AOV-Individueel 2005 (schade) leggen die verplichting thans namelijk pas op, in geval van arbeidsongeschiktheid. Idealiter zou het dan zo moeten zijn dat bij het intreden van arbeidsongeschiktheid blijkt dat de hoogte van het inkomen (zo ongeveer) strookt met de inkomensgegevens waarover verzekeraar al beschikt, en daarnaast
 - d) kan men denken aan het opnemen van een bepaling waarin is neergelegd dat uitkering wordt gedaan tot het bedrag dat verzekerde derft aan inkomen wegens de in de polis gedekte arbeidsongeschiktheid. En dus niet alleen ‘wegens’ verlies van arbeidsvermogen.
- Overigens is het op zichzelf niet zo onbegrijpelijk dat particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraars de weg tot ver-

haal op aansprakelijke derden nog hebben gewandeld. Die was immers afgesloten, omdat dat nu eenmaal niet kan bij sommenverzekeringen. Met het veranderende denken over particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen rijst de vraag of het nog lang zal duren voordat (ook) deze groep verzekeraars - met behulp van het opnemen van con-

crete regelingen in de toepasselijke polisvoorwaarden - gaat proberen de uitgekeerde verzekeringspenningen op aansprakelijke derden te verhalen. Zoals het Hof Arnhem zo treffend heeft verwoord in zijn arrest van 10 februari 1998, VR 1998, 174, begint dat nu eenmaal met het optuigen van daartoe strekkende polisvoorwaarden.

■ Abby Abhelakh & Arno Mooyman

Heeft de markt de schaderegelaar overbodig gemaakt?

Binnen de letselschaderegeling zijn momenteel ontwikkelingen gaande die ertoe moeten leiden dat het slachtoffer gedurende het schaderegelingsproces serieuzer wordt genomen. Hierdoor moet het vertrouwen in de verzekeraar toenemen, wat de schaderegeling ten goede zal komen. Daarbij speelt niet alleen de wijze van benaderen van een slachtoffer een rol, maar ook het verkrijgen van een begrijpelijk schaderegelingstraject.

In de praktijk worden wij als belangenbehartiger steeds vaker geconfronteerd met een ontwikkeling die haaks staat op de hierboven omschreven - en door de markt zelf ingegeven - doelstellingen.

Om te komen tot een (tussentijdse) inventarisatie en vaststelling van de schade en voor het maken van werkafspraken wordt door verzekeraars een (externe) schaderegelaar - veelal een register expert - ingeschakeld. Met deze schaderegelaars worden door de belangenbehartigers concrete werkafspraken gemaakt en wordt - al dan niet tussentijds - onderhandeld over schadeposten en het verder te voeren beleid.

Naast het feit, dat vaak de integrale behandeling van het dossier door deze schaderegelaar wordt verzorgd, zien wij ook regelmatig dat deze wordt ingeschakeld om de onderhandeling bij de afwikkeling van een schade voor zijn rekening te nemen.

Helaas blijkt in de praktijk steeds weer - en dit lijkt toe te nemen - dat slechts een beperkte waarde kan worden gehecht aan de uitkomsten van deze besprekingen en de uitkomsten van de onderhandelingen over een afwikkeling van de zaak.

Door mee te delen, dat de bespreking onder voorbehoud van akkoord van de opdrachtgeefster geschiedt, doet men het voorkomen alsof de verzekeraar altijd nog kan afwijken van hetgeen is afgesproken. (Door sommige schaderegelingsbureaus wordt op het briefpapier aangegeven dat hun uitspraken en standpunten de opdrachtgevers niet binden.)

Wij denken dat, als er een akkoord is bereikt met een ervaren schaderegelaar die in opdracht van een deskundige opdrachtgeefster werkt, de verzekeraar daar niet meer zomaar onderuit kan. De verzekeraar kan immers de zaak, anders dan het slachtoffer, zonder emoties beoordelen en dient zijn schaderegelaar voorbereid het gesprek in te laten gaan.

De praktijk leert dat een binnendienstmedewerker van de verzekeraar regelmatig tot een totaal andere visie komt. Dit resulteert vervolgens in een aanzienlijk lager regelings-

voorstel. Daarbij moet dan vaak worden geconstateerd dat een feitelijke onderbouwing voor het afwijken ontbreekt, dan wel dat niet duidelijk wordt dat het onderhandelingsresultaat van de bespreking onjuist is op grond van evidente beoordelings- en of inschattingsfouten van de schaderegelaar.

Zoals bekend mag worden verondersteld, treedt binnenkort het Keurmerk Letselschade in werking. Eén van de criteria waaraan moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor het keurmerk, is dat er een zeker aantal register experts werkzaam moet zijn bij het letselschadebureau. Er wordt dan ook duidelijk, en terecht, veel waarde gehecht aan de inschrijving in het NIVRE-Register, aangezien dit een garantie biedt voor de ervaring en deskundigheid van de betreffende schaderegelaar.

Het mag dan toch bijzonder worden genoemd dat het onderhandelingsresultaat en/of het plan van aanpak - dat tot stand komt na overleg tussen de belangenbehartiger en de door de verzekeraar ingeschakelde schaderegelaar - terzijde wordt gelegd.

Het is onbegrijpelijk voor een slachtoffer om eerst te vernemen dat er met een ervaren schaderegelaar overeenstemming is bereikt en dat die 'deal' door een binnendienstcollega bij de verzekeraar wordt tegengehouden. Het algemene beeld "*de verzekeraar probeert er altijd alles aan te doen om niet te betalen*" wordt daarmee bevestigd. Een aspect dat haaks staat op de recente doelstellingen.

Wij pleiten er dan ook voor dat de schaderegelaar - die namens de verzekeraar optreedt - vooraf een mandaat krijgt, waarmee de onderhandelingen kunnen worden gevoerd. Dit om te voorkomen dat ervoor gekozen moet worden voortaan - in het belang van het slachtoffer - onderhandelingen rechtstreeks met de verzekeraars te voeren.

Op grond van het vorenstaande stellen wij in ieder geval de vraag: 'Heeft de markt de schaderegelaar overbodig gemaakt?'

A. K. Abhelakh en A. M. Mooyman, re Mooyman & Partners Letselexpertise bv

(De column is steeds op persoonlijke titel. Noch het PIV noch de redactieraad zijn verantwoordelijk voor daarin geponeerde stellingen en/of visies. Een column bevat maximaal 630 woorden en de naam van de auteur wordt altijd vermeld. Red.)

Column van