

## RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2006/008 Med

in de klacht nr. 2005.0693 (027.05)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar en zijn medisch adviseur in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

### Inleiding

Klager is krachtens een collectieve ongevallenverzekering bij verzekeraar verzekerd tegen onder meer het risico van blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval.

Artikel 1 van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden bepaalt:

‘Deze polis verstaat onder:

a. Ongeval: een plotselinge, ongewilde, van buiten komende rechtstreekse gewelddadige inwerking op het lichaam van de verzekerde, welke geneeskundig vast te stellen letsel veroorzaakt, waarvan de dood of de blijvende invaliditeit het gevolg is.

b. Blijvende invaliditeit: het verlies of de blijvende onbruikbaarheid van één of meer lichaamsdelen en/of organen of een deel daarvan.

(...)

Artikel 8 B van deze voorwaarden bepaalt onder meer:

‘Bij verlies of onbruikbaarheid van niet hierboven (Raad: in de Gliedertaxe) genoemde lichaamsdelen, organen etc., wordt de mate van blijvende invaliditeit vastgesteld aan de hand van rapporten van medisch- en (eventueel) andere deskundigen, waarbij de blijvende invaliditeit wordt bepaald:

- volgens de maatstaven, vastgelegd in de laatste uitgave van de “Guides to the Evaluation of Permanent Impairment” van de “American Medical Association” (A.M.A.);

- op basis van werkzaamheden, die voor de krachten en bekwaamheden van verzekerde zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem verwacht kunnen worden.

2006/008 Med

Indien volgens beide criteria de mate van blijvende invaliditeit is bepaald zullen Assuradeuren de hoogste van de twee bepaalde percentages blijvende invaliditeit aanbieden.'

#### De klacht

Door een fietsongeval op 12 januari 2001 heeft klager onder meer een hersenschudding opgelopen. Daarvan ondervindt hij nog steeds klachten. Conform de Nederlandse Richtlijnen voor de bepaling van functieverlies bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (Richtlijnen NVvN) is sprake van een postcommotioneel syndroom.

Op 15 november 2002 heeft klager verzekeraar gevraagd te komen tot een afronding van klagers verzoek om uitkering. Op 28 november 2002 heeft verzekeraar de ontvangst van het verzoek bevestigd. Bij brief van 23 januari 2003 deelde hij mee nog niet alle informatie te hebben.

Bij brief van 25 januari 2003 heeft klager aan verzekeraar meegedeeld dat hij uit zijn functie was ontslagen en zijn visie op de wijze van afdoening gegeven.

Bij brief van 29 januari 2003 berichtte verzekeraar dat zal worden gekeken naar de functionele mate van blijvende invaliditeit, waarbij arbeidsongeschiktheid geen rol speelt. Hier gaf hij al aan niet open te staan voor toepassing van de keuzeclausule van artikel 8.

Klager is op verzoek van verzekeraar door een huisarts onderzocht. Deze concludeerde dat sprake is van een postcommotioneel syndroom. Mede op basis daarvan oordeelde verzekeraar dat sprake is van invaliditeit als ongevalsgevolg. Op 9 april 2003 stelde hij een uitkering van 5% van de verzekerde som voor.

Omdat klager zich daarin niet kon vinden vroeg hij verzekeraar om uitleg. Deze kondigde echter een nieuwe medische keuring aan.

De keuring geschiedde door een neurochirurg en een neuropsycholoog. De neurochirurg concludeerde dat sprake is van een postcommotioneel syndroom als rechtstreeks ongevalsgevolg. Verder herstel verwachtte hij niet. Hij gaf aan dat er op grond van zuiver neurologisch aantoonbare afwijkingen feitelijk geen beperkingen ten aanzien van loonvormende arbeid zijn.

Op 1 maart 2004 deelde verzekeraar mee dat geen sprake is van medisch objectiveerbare afwijkingen en dat wegens het aanbod van 9 april 2003 alsnog een arbeidsdeskundig onderzoek zal worden ingesteld.

Op 21 april 2004 vond dat onderzoek plaats. De arbeidsdeskundige was van mening dat een belastbaarheidsonderzoek moest worden gedaan.

Omdat hij op 19 juni 2004 nog geen bericht over de voortgang van verzekeraar had ontvangen, vroeg klager hem om het medisch dossier.

Op 2 juli 2004 stelde verzekeraar een uitkering van 1% van de verzekerde som voor. Volgens hem had de arbeidsdeskundige geconcludeerd dat klager zijn vorige full-time functie en zijn huidige 50%-functie volledig kon verrichten.

Klager antwoordde verzekeraar op 8 juli 2004. Deze verwees klager vervolgens naar een vertrouwensarts. Na ontvangst van het medisch dossier gaf klager op 23 juli 2004 nogmaals zijn visie. De handelwijze van verzekeraar was in strijd met de Richtlijnen NVvN. Ook had klager niet alle gevraagde informatie ontvangen.

Uit het rapport van de arbeidsdeskundige blijkt dat deze in opdracht van de medisch adviseur van verzekeraar ervan moest uitgaan dat er geen beperkingen zijn. De arbeidsdeskundige achtte daarom klager op basis van medische informatie in staat zijn vorige en huidige werkzaamheden volledig te verrichten.

2006/008 Med

Bij brief van 20 augustus 2004 gaf verzekeraar toe dat het doorlopen traject niet de schoonheidsprijs verdient, maar dat hij toch correct had gehandeld. Volgens hem was de rapportage van de medisch adviseur interne, vertrouwelijke bedrijfsinformatie. De informatie betreft echter klagers gezondheid. Klager heeft op basis van gelijkheid van partijen dezelfde rechten op informatie als verzekeraar. Verzekeraar bood alsnog 5% van de verzekerde som aan.

Volgens bovengenoemde brief kon de medisch adviseur op basis van het rapport van de neurochirurg geen belastbaarheidsprofiel opstellen. De Richtlijnen NVvN geven echter aan dat een neuroloog geen zicht heeft op de gevolgen van een en ander en dat daarvoor een arbeidsdeskundige moet worden ingeschakeld. Klager heeft verzekeraar op 27 augustus 2004 daarop gewezen en nogmaals aangegeven dat de medische conclusie van de arbeidsdeskundige in strijd is met onder meer de bevindingen van de werkgever en de therapeut van klager. Verzekeraar heeft geen nadere motivering meer gegeven. Wel heeft hij een bedrag van € 3.202,81 gedoneerd.

Klager wenst dat de Raad zich over het volgende uitspreekt:

1. Volgens de polis moet er geneeskundig vast te stellen letsel zijn. Dit betekent dat het letsel op basis van de "theoretische kennis omtrent aard en geneeswijze van ziekten" (Kramers woordenboek) aanwezig moet zijn. Derhalve kan een hersenschudding geneeskundig vast te stellen letsel zijn, evenals het niet herstellen van een hersenschudding en het ontstaan van een postcommotioneel syndroom. In de geneeskunde is niet ongebruikelijk om op basis van een anamnese in relatie tot feitelijkheden, tot een bepaalde ziekte of letsel te concluderen. Verzekeraar vertaalt de term geneeskundig letsel in medisch objectief vaststelbaar letsel en wil de subjectief ervaren klachten niet in ogenschouw nemen. Dit is een forse inperking van de term geneeskundig letsel. Als hij alleen objectief vaststelbaar medisch letsel wil aanvaarden, en daarbij de anamnese niet wil meewegen, dan moet hij dit in de polisvoorwaarden opnemen.
2. Omdat sprake is van (voortgaand) letsel had klager recht op toepassing van de keuzeclausule. Het is in strijd met de Richtlijnen NVvN de bevindingen van een neuroloog te gebruiken voor vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid. Geen juist arbeidskundig onderzoek heeft plaatsgevonden naar de mate van arbeidsongeschiktheid.
3. Omdat verzekeraar zich een volledig onderzoek naar het letsel en de gevolgen ervan heeft onthouden, geldt het voor de WAO vastgestelde percentage, als het percentage blijvende invaliditeit op basis van werkzaamheden, die voor de krachten en bekwaamheden van klager zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem verwacht kunnen worden. Dus moet verzekeraar 50% van de verzekerde som uitkeren.
4. Verzekeraar heeft door de wijze en de voortvarendheid van zijn optreden de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad.

#### Het standpunt van verzekeraar

Op 1 mei 2001 ontving verzekeraar de schadeaangifte inhoudende dat klager op 12 januari 2001 bij een val onder meer een hersenschudding had opgelopen. Verzekeraar heeft geen beroep gedaan op de te late melding.

In september 2001 ontving verzekeraar bericht dat klager hem zou informeren zodra de geneeskundige behandeling was geëindigd.

2006/008 Med

Op 28 mei 2002 deelde klager mee dat hij geruime tijd halve dagen had gewerkt, maar dat niet kon volhouden. Inmiddels was hij in behandeling bij een revalidatiecentrum. Hij was inmiddels 45-55% arbeidsongeschikt verklaard. Verzekeraar heeft vervolgens medische informatie opgevraagd bij klagers revalidatiearts.

Bij brief van 15 november 2002 deelde klager mee dat de behandeling in het revalidatiecentrum was afgesloten, hij bezig was met een andere functie en nog steeds 45-55% arbeidsongeschikt was. Ten onrechte werd in de bijgesloten verzekeringsgeneeskundige rapportage melding gemaakt van licht hersenletsel, omdat later bleek dat van hersenletsel geen sprake is geweest.

Op 23 januari 2003 heeft de revalidatiearts de medisch adviseur geïnformeerd.

Bij brief van 25 januari 2003 ontving verzekeraar van klager bericht dat hem per 1 februari 2003 eervol ontslag was verleend uit zijn functie en dat hij per dezelfde datum voor 18 uur per week een andere functie had. Volgens klager konden de keuring door de USZO en het besluit van zijn werkgever aangemerkt worden als vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit in de zin van artikel 8 B van de voorwaarden, hetgeen zou moeten resulteren in een uitkering van 50% van de verzekerde som.

Verzekeraar heeft nagelaten in zijn brief van 29 januari 2003 klager uit te leggen dat een verschil bestaat tussen arbeidsongeschiktheid voor de WAO, waar het verlies van verdien capaciteit wordt beoordeeld, en voor de onderhavige verzekering, waar wordt beoordeeld of sprake is van blijvende invaliditeit als gevolg van geneeskundig vaststelbaar letsel, hetgeen vervolgens op grond van een door de medisch adviseur op te stellen belastbaarheidspatroon en een arbeidsdeskundig onderzoek tot vaststelling van onvermogen tot het verrichten van arbeid moet leiden, zoals bedoeld in artikel 8 B van de voorwaarden. Wel deelde hij klager mee dat de gevraagde medische informatie was ontvangen en dat thans zou kunnen worden beoordeeld of sprake was van een functionele mate van blijvende invaliditeit.

Op 28 februari 2003 heeft verzekeraar klager verwezen naar een huisarts voor een toestandsbepaling.

Bij brief van 9 april 2003 heeft verzekeraar, naar aanleiding van het advies van de medisch adviseur, aan klager een uitkering aangeboden op basis van 5% functionele invaliditeit, zonder te vermelden dat het een onverplicht aanbod betrof, daar geen sprake was van geneeskundig vaststelbaar letsel.

Op 14 april 2003 vroeg klager om een nadere onderbouwing van het aanbod onder verwijzing naar de keuzeclausule.

Verzekeraar besloot tot een neurologische expertise. Op 28 oktober 2003 vernam hij dat de neurologische expertise op 21 juli 2003 was verricht door een neurochirurg en dat deze in overleg met de medisch adviseur een neuropsychologisch onderzoek had geadviseerd dat op 28 oktober 2003 was verricht.

De neurochirurg rapporteerde op 29 december 2003 dat het neurologisch onderzoek geen afwijkingen had aangetoond. Op grond van zuiver neurologisch aantoonbare afwijkingen waren er feitelijk geen beperkingen. Ook bij het neuropsychologisch onderzoek waren geen functiestoornissen geobjectiveerd. Op zuiver anamnestiche gronden besloot de neurochirurg tot een postcommotioneel

2006/008 Med

syndroom. Hij leek hem redelijk in deze casus klager 1% blijvende invaliditeit toe te kennen.

De medisch adviseur adviseerde op 2 februari 2004 om de schade af te wikkelen op basis van 1% blijvende functionele invaliditeit. Noch op neurologisch noch op neuropsychologisch terrein waren er afwijkingen, zodat wegens het ontbreken van (objectiveerbare) afwijkingen de keuzeclausule niet aan de orde was.

Op 1 maart 2004 heeft verzekeraar aan klager meegedeeld dat geen medisch objectiveerbare afwijkingen waren vastgesteld, zodat de zaak voor afwijzing gereed lag. De verzekering immers geeft alleen dekking bij geneeskundig vast stellen ongevalsletsel. Tevens werd klager meegedeeld dat hij op basis van het voorstel van 9 april 2003, hoewel dat voorstel niet door hem was geaccepteerd, toch aanspraak kon maken op de keuzeclausule. In verband hiermee werd hem een arbeidsdeskundig onderzoek in het vooruitzicht gesteld, waarbij een mate van invaliditeit zou worden vastgesteld op basis van werkzaamheden die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem verwacht kunnen worden. Dat onderzoek vond in april/mei 2004 plaats.

Op 19 juni 2004 vroeg klager om het medische dossier en het arbeidsdeskundig rapport. Verzekeraar heeft hem op 28 juni 2004 meegedeeld dat het verzoek was doorgeleid aan de medisch adviseur.

Op 2 juli 2004 heeft verzekeraar aan klager bericht dat bij het neurologisch en neuropsychologisch onderzoek geen medisch objectiveerbare afwijkingen waren vastgesteld, zodat het percentage blijvende invaliditeit op basis van de polisvoorwaarden 0 bedroeg. Hieraan heeft hij toegevoegd dat op basis van de verkregen informatie de arbeidsdeskundige concludeerde dat klager in staat moest worden geacht zijn vorige en huidige werkzaamheden volledig te verrichten, zodat sprake was van 0% invaliditeit, rekening houdende met klagers werkzaamheden. In verband met het subjectieve klachtenpatroon werd (sans préjudice) een uitkering aangeboden van 1%.

Achteraf gezien heeft het arbeidsdeskundig onderzoek tot onvrede bij klager geleid, omdat hij meende dat hij door een postcommotioneel syndroom beperkt is in zijn belastbaarheid, en de medisch adviseur op grond van de neurologische en neuropsychologische expertise van mening was dat klager wegens het ontbreken van zuiver neurologisch aantoonbare afwijkingen feitelijk geen beperkingen heeft.

Uit zijn brief van 23 juli 2004 bleek dat klager zich onvoldoende realiseerde dat bij een ongevalverzekering sprake moet zijn van geneeskundig vaststelbaar letsel. De klachten moeten geobjectiveerd kunnen worden.

Bij brief van 20 augustus 2004 heeft verzekeraar aan klager meegedeeld dat de behandeling van zijn zaak niet de schoonheidsprijs verdient, omdat met name niet altijd adequaat is gereageerd op zijn verzoeken om informatie. Verzekeraar heeft geprobeerd te verduidelijken waarom geen recht op uitkering bestond.

In dit verband merkt verzekeraar op dat zijn medisch adviseur geen belastbaarheidprofiel kon opstellen, omdat de expertiserend neurochirurg en neuropsycholoog geen afwijkingen konden vaststellen.

Omdat, zoals gezegd, de behandeling van de zaak niet de schoonheidsprijs verdient, heeft verzekeraar alsnog een coulance-uitkering betaald op basis van 5% functieverlies.

2006/008 Med

Hoewel klager eerder had moeten worden geïnformeerd dan op 20 augustus 2004, is de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad. Er is geen aanleiding om 50% van de verzekerde som uit te keren. Op grond van de verzekering wordt pas uitgekeerd als een ongeval geneeskundig vast te stellen letsel veroorzaakt dat tot blijvende invaliditeit leidt als bedoeld in artikel 1 a en b van de voorwaarden. Zulk letsel is niet vastgesteld.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar en zijn medisch adviseur besproken.

Het oordeel van de Raad

1. Onderzoek door een neurochirurg, verricht op verzoek van verzekeraar, heeft geleid tot de conclusie dat bij klager sprake was van geneeskundig letsel (een postcommotioneel syndroom) als gevolg van het fietsongeval van 12 januari 2001. In redelijkheid niet verdedigbaar is het standpunt van verzekeraar, in afwijking hiervan, dat van geneeskundig vast te stellen letsel als gevolg van het ongeval geen sprake was.
2. In de rapportage (die mede is gebaseerd op neuropsychologisch onderzoek) is de neurochirurg ingegaan op de werkzaamheden en bekwaamheden van klager en heeft hij de invloed van het letsel daarop vastgesteld. Hij is, in overeenstemming met de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, binnen de voor een postcommotioneel syndroom in die richtlijnen vermelde bandbreedte van 0-8% functieverlies, gekomen tot 1% blijvende invaliditeit. Verzekeraar heeft vervolgens arbeidskundig onderzoek laten verrichten. Daarin werd geconcludeerd dat klager in staat moet worden geacht zijn werkzaamheden volledig te verrichten. Klager heeft aangevoerd dat nogmaals arbeidskundig onderzoek zou moeten worden verricht omdat er in het rapport van wordt uitgegaan dat geen medisch objectiveerbare beperkingen zijn vastgesteld. Het standpunt van verzekeraar niet nogmaals arbeidskundig onderzoek te laten verrichten is verdedigbaar omdat in de medische rapportage is vermeld dat op zuiver anamnestiche gronden tot het postcommotioneel syndroom wordt geconcludeerd.
3. Verdedigbaar is aldus dat verzekeraar niet, zoals klager wil, aansluiting heeft gezocht bij het voor de WAO vastgestelde percentage invaliditeit maar heeft uitgekeerd op basis van 5% blijvende invaliditeit, een hoger percentage dan door de neuroloog op basis van diens bevindingen werd voorgesteld.
4. Zoals verzekeraar in zijn verweerschrift en in zijn brief van 20 augustus 2004 aan klager heeft erkend, is hij echter bij de wijze waarop hij herhaalde verzoeken van klager om een uitkering krachtens de verzekering te verkrijgen heeft behandeld, diverse malen te kort geschoten, met name op het punt van een tijdige en voldoende informatieverstrekking aan klager. In zoverre heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad en zal de klacht gegrond worden verklaard, zij het zonder financiële consequenties voor verzekeraar.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht deels gegrond en deels ongegrond.

2006/008 Med

Aldus is beslist op 12 december 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, dr. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris, en uitgesproken op 6 februari 2006.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)