

Tussenuitspraak Commissie van Beroep 2017-007A d.d. 20 februari 2017

(mr. F.R. Salomons, voorzitter, mr. S.B. Van Baalen, mr. A. Bus, F.R. Valkenburg AAG RBA en mr. J.B.M.M. Wuisman, leden, en mr. H.C. Dobbelaar-ten Cate, secretaris)

Samenvatting

Belanghebbende heeft in 2000 in verband met haar toenmalig beroep van schoonheidsspecialiste bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Na een aanrijding in 2005, die tot whiplashklachten heeft geleid, wordt haar na medische keuringen in 2007 en 2008 eind 2008 zonder enig voorbehoud met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2007 een 100%-uitkering verstrekt wegens volledige arbeidsongeschiktheid. In 2013 vinden in verband met het feit dat Belanghebbende begonnen is met het uitoefenen van andere beroepsactiviteiten, opnieuw medische keuringen in verband met de arbeidsongeschiktheid plaats. Evenals in 2007 en 2008 blijkt uit die onderzoeken niet van een medisch objectief vast te stellen oorzaak van de bij Belanghebbende nog steeds aanwezige klachten. Omdat daarmee niet voldaan wordt aan de in de polis gestelde voorwaarde van arbeidsongeschiktheid, besluit Verzekeraar begin 2014 tot staking met onmiddellijke ingang van de verstrekking van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Belanghebbende vecht de rechtmatigheid van dat besluit aan. Zij voert aan dat zij vanwege het haar verstreken van uitkeringen vanaf 1 januari 2007 na medische keuringen en zonder enig voorbehoud er op heeft mogen vertrouwen dat zij recht had op een uitkering bij de bij haar vastgestelde en aan de uitoefening van het beroep van schoonheidsspecialiste in de weg staande klachten, ook al zouden die klachten niet te herleiden zijn tot een objectief medisch vast te stellen oorzaak. Anders dan de Geschillencommissie acht de Commissie van Beroep dit bezwaar tegen genoemd besluit van de Verzekeraar gegrond. In de procedure is ook de vraag aan de orde gekomen welke gevolgen voor het recht op een uitkering heeft het feit dat dat Belanghebbende begonnen is met het uitoefenen van een ander beroep en daaruit inkomsten geniet. Die vraag is in het tussen partijen gevoerde debat slechts zijdelings ter sprake gekomen. Partijen worden in de tussenuitspraak in de gelegenheid gesteld zich over genoemde vraag nader uit te laten.

[Klik hier voor de uitspraak in eerste aanleg.](#)

I De procedure in hoger beroep

- I.1 Met een op 30 mei 2016 gedateerde brief is namens Belanghebbende bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening (hierna te noemen: Commissie van Beroep) beroep ingesteld tegen de uitspraak d.d. 22 april 2016 van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (hierna te noemen: Geschillencommissie) in het dossier met het nummer [nummer]. Het beroepschrift is bij brief van 10 juli 2016 aangevuld. Daarbij zijn nog stukken overgelegd ter onderbouwing van het standpunt van Belanghebbende.
- I.2 Verzekeraar heeft een op 3 augustus 2016 gedateerd verweerschrift ingediend.

1.3 De Commissie van Beroep heeft het beroep op 26 september 2016 behandeld op een zitting, waar beide partijen aanwezig waren. Door beide partijen is het door hen in beroep ingenomen standpunt nader toegelicht aan de hand van pleitnota's, die zijn overgelegd. De Commissie van Beroep heeft verder aan partijen vragen gesteld die door hen zijn beantwoord.

2. De procedure in eerste aanleg

2.1 Voor het verloop van de procedure in eerste aanleg wordt verwezen naar de uitspraak van de Geschillencommissie.

3. Inleiding op de beoordeling in beroep

3.1 De volgende feiten zijn door de Geschillencommissie onbestreden vastgesteld en/of zijn gesteld dan wel blijken uit de in het geding gebrachte stukken, terwijl betwisting van die feiten niet of niet voldoende gemotiveerd heeft plaatsgevonden:

(i) Belanghebbende, geboren op 20 mei 1972, heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten met als ingangsdatum 10 september 2002 en als einddatum de eerste van de maand waarin Belanghebbende de leeftijd van 55 jaar bereikt. Het beroep van Belanghebbende, in verband waarmee de verzekering is afgesloten, wordt in de polis omschreven als: 'schoonheidsspecialiste'. Verzekerd zijn een jaarrente van € 27.319,- voor het eerstejaarsrisico en van € 34.055,- voor het na-eerstejaarsrisico, beide bedragen 3% samengesteld klimmend. In de artikelen 3, lid I en 4, lid I van de toepasselijke Algemene voorwaarden (model OE 03.2.30 A) is het begrip arbeidsongeschiktheid als volgt omschreven:

“Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Arbeidsongeschiktheid wordt aanwezig geacht indien verzekerde ten gevolge van deze stoornissen voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polis-blad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd.”

De drempel voor het kunnen verkrijgen van een uitkering is door partijen, in afwijking van de in het citaat vermelde drempel, verhoogd van 25% naar 45% arbeidsongeschiktheid.

(ii) Ten tijde van het afsluiten van de verzekering oefende Belanghebbende haar beroep uit in een door haar te [plaatsnaam 1] opgezet bedrijf. Er waren daar vier werknemers in dienst.

(iii) Na een botsing tussen een door Belanghebbende bestuurde auto en een tram op 2 september 2005 heeft Belanghebbende zich op 4 september 2005 bij Verzekeraar gemeld als arbeidsongeschikt wegens nekkklachten. Na een onderzoek in april 2006 door een arbeidsdeskundige heeft Verzekeraar eind april/begin mei 2006 besloten Belanghebbende voor 65-80% arbeidsongeschikt te houden en haar met ingang van 27 april 2006 een uitkering van 75% van de verzekerde jaarrente te verstrekken.

(iv) In 2006 was Belanghebbende gedurende de maanden januari tot midden juli in behandeling bij het instituut voor reumatologie en revalidatie [naam] ([afkorting]) te [plaatsnaam 2] in verband met de als gevolg van het ongeval in september 2005 opgelopen whiplash. Omdat zij haar gebruikelijke werkzaamheden niet meer kon uitoefenen, had zij haar bedrijf te [plaatsnaam 1] met ingang van 1 januari 2006 voor een jaar verhuurd aan

een medewerkster. Zij bleef wel nog representatiewerkzaamheden ten behoeve van het bedrijf verrichten. Het bedrijf is op 1 augustus 2007 geheel overgedragen aan de medewerkster.

- (v) In februari/maart 2007 vindt op aanvraag van Verzekeraar een loopbaantest plaats mede met het doel om inzicht te verkrijgen in andere loopbaanmogelijkheden voor Belanghebbende.
- (vi) Met het oog op re-integratie in het arbeidsproces is Belanghebbende begonnen met het volgen van cursussen en opleidingen op het vlak van met name coaching, yoga en eclecticische gezondheidsbegeleiding. De daaraan verbonden kosten heeft zij zelf gedragen.
- (vii) In 2007 heeft Belanghebbende een woning te [plaatsnaam 3] (NH) gekocht, waaraan zij verbouwingen heeft laten uitvoeren.
- (viii) Belanghebbende heeft op 2 oktober 2007 een neurologisch onderzoek ondergaan, op 11 december 2007 een MRI-onderzoek en op 25 juni 2008 een orthopedisch onderzoek. Blijkens de van de onderzoeken opgemaakte rapporten hebben de onderzoeken niet geleid tot de vaststelling van afwijkingen of beperkingen bij Belanghebbende.
- (ix) Bij brief van 23 december 2008 bericht Verzekeraar aan de toen nog aan Belanghebbende bijstand verlenende assurantietussenpersoon, dat *“wij uit zullen gaan van volledige arbeidsongeschiktheid met ingang van 01.01.2008”* (CvB: lees 2007).
- (x) In 2009/2010 heeft Belanghebbende aan de woning te [plaatsnaam 3] een ruimte laten aanbouwen voor het uitoefenen van de in 2009 door haar gestarte praktijk, die inhield het geven van yogalessen, het verzorgen van coachingsessies en het verstrekken van voedingsadviezen.
- (xi) In een brief van 28 augustus 2013 aan Belanghebbende geeft Verzekeraar te kennen dat, gelet op het nieuwe beroep van Belanghebbende, een nieuw onderzoek door een arbeidsdeskundige naar de arbeidsongeschiktheid van Belanghebbende gewenst is. Dat onderzoek is door het bureau [naam] in het najaar van 2013 uitgevoerd. De arbeidsdeskundige heeft zijn bevindingen vastgelegd in een rapport d.d. 22 januari 2014 dat hij vervolgens in handen van Verzekeraar heeft gesteld zonder eerst Belanghebbende in de gelegenheid te hebben gesteld erop te reageren.
- (xii) Bij brief van 24 februari 2014 bericht Verzekeraar aan Belanghebbende dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering niet langer zal worden verstrekt. Dat besluit wordt met onder meer het volgende onderbouwd:
“Om in aanmerking te komen voor een uitkering bepaalt de polis dat er sprake moet zijn van een objectiveerbare stoornis die ervoor zorgt dat u minimaal 45 procent arbeidsongeschikt bent in uw eigen beroep. Uit de onderzoeken van de neuroloog en orthopeed blijkt dat er sinds 2007 al geen sprake meer was van een medisch objectiveerbare stoornis. Bovendien blijkt dat u in uw nieuwe beroep voor meer dan 65 procent werkzaamheden verricht. Daarom zullen wij de uitkering stoppen per datum van deze brief. De laatste uitkering is gelijk met deze brief aan u overgemaakt. Hierna sluiten wij uw dossier.”
- (xiii) De raadsman van Belanghebbende heeft aanstonds bezwaar tegen het besluit gemaakt. Zijn bezwaar heeft hij in een bezwaarschrift van 7 maart 2014 alsmede in een vervolgbeswaarschrift van 15 april 2014 toegelicht. In het vervolgbeswaarschrift wordt ingestemd met het voorstel van Verzekeraar om een nieuw medisch onderzoek te laten uitvoeren.

- (xiv) Het onderzoek heeft op 24 juni 2014 plaatsgevonden. In het daarvan opgemaakte rapport d.d. 3 juli 2014 wordt onder meer geconcludeerd: *“Op neurologisch vakgebied is er geen sprake van beperkingen”* en *“Er is geen reden om aan te nemen dat er wijziging is opgetreden ten opzichte van het expertiserapport van 31 december 2007”*. Naar aanleiding van het rapport heeft Verzekeraar bij brief van 18 juli 2014 Belanghebbende bericht dat de uitkering niet per 24 februari 2014 hervat zal worden. In een brief d.d. 5 november 2014 aan de raadsman van Belanghebbende komt Verzekeraar op dit standpunt niet terug. In de brief wordt tevens gewezen op de mogelijkheid om binnen 3 maanden een klacht in te dienen bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KIFID).
- (xv) Belanghebbende heeft haar woning te [plaatsnaam 3] (NH) in het laatste kwartaal van 2014 verkocht. Als reden voor deze stap voert zij aan dat zij door het wegvallen van de arbeidsongeschiktheidsuitkering per 24 februari 2014 niet langer de over de hypothecaire lening verschuldigde rente kon voldoen.
- 3.2 Op 3 februari 2015 dient Belanghebbende bij het KIFID een klacht in tegen het besluit van Verzekeraar om de uitkering uit de arbeidsongeschiktheidsverzekering per 24 februari 2014 niet verder te verstrekken. In de toelichting op de klacht wordt aanspraak gemaakt op voortzetting van het uitbetalen van de uitkering vanaf 24 februari 2014 als ook op vergoeding van de door Belanghebbende gemaakte re-integratiekosten, van de schade die zij als gevolg van de verkoop van de woning te [plaatsnaam 3] (NH) heeft geleden en van de door haar gemaakte kosten van rechtsbijstand.
- 3.3 Op verzoek van de Ombudsman van het KIFID heeft een medisch adviseur van het KIFID een op 9 april 2015 gedateerd rapport uitgebracht, waarin hij op grond van een studie van de rapporten en verslagen naar aanleiding van medische en arbeidskundige onderzoeken die Belanghebbenden in de loop van de jaren 2005 t/m 2014 heeft ondergaan, de vraag beantwoordt: *“Kan [naam verzekeraar] zich in redelijkheid op het standpunt stellen dat er geen reden is voor het aannemen van beperkingen?”* Uitgaande van de omschrijving van het begrip arbeidsongeschiktheid in artikel 4 van de toepasselijke Algemene voorwaarden beantwoordt de deskundige de vraag bevestigend.
- 3.4 De Geschillencommissie heeft de vorderingen van Belanghebbende afgewezen. Daartoe overweegt de Commissie, kort samengevat, het volgende. Blijkens de verzekeringsovereenkomst is van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake, indien in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde meer dan 45% beperkt is in zijn functioneren. Op grond van de in het geding gebrachte medische stukken kan als vaststaand worden aangenomen dat er bij Belanghebbende geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis, want er is geen sprake van medisch objectieveerbare stoornissen en medisch te duiden beperkingen. De klachten die Consument nog heeft, vallen niet onder de dekking van de verzekering. Dit brengt mee dat het niet nodig is om de arbeidsongeschiktheid te beoordelen naar het oude dan wel het nieuwe beroep van Belanghebbende. Verzekeraar heeft in redelijkheid kunnen besluiten de verstrekking van de uitkering per 24 februari 2014 te beëindigen. Zij hoeft het verstrekken van de uitkering niet te hervatten. Een en ander brengt tevens mee dat ook voor de andere vorderingen een grondslag ontbreekt.

4. Beoordeling van het beroep

- 4.1 In het beroepschrift voert Belanghebbende vier grieven tegen de uitspraak van de Geschillencommissie aan. Zij strekken ertoe de afwijzing van de vier vorderingen van Belanghebbende te bestrijden.

Grievens 1 en 2

- 4.2 De grieven 1 en 2 komen in aanmerking voor een gezamenlijke behandeling. In beide grieven wordt het oordeel van de Geschillencommissie bestreden dat Verzekeraar in redelijkheid heeft kunnen besluiten om het verstrekken van uitkeringen onder de tussen Verzekeraar en Belanghebbende gesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering per 24 februari 2014 te beëindigen. Er worden hiervoor drie gronden aangevoerd.

de eerste grond

- 4.3 Als primaire grond wordt aangevoerd dat het besluit is gebaseerd op het rapport van [naam bureau] naar aanleiding van het arbeidskundig onderzoek met betrekking tot Belanghebbende en dat het besluit daarmee op een ondeugdelijke grondslag rust.
- 4.3.1 Voor deze beweerde ondeugdelijkheid wordt in de eerste plaats aangevoerd dat ten aanzien van het conceptrapport geen hoor en wederhoor heeft plaatsgevonden: Belanghebbende is niet de gelegenheid geboden om zich over het door [naam bureau] opgestelde rapport uit te laten voordat [naam bureau] het aan Verzekeraar ter hand stelde. Deze klacht mist doel. De opdracht tot het arbeidskundig onderzoek is door Verzekeraar aan [naam bureau] verstrekt. Gesteld noch gebleken is dat met [naam bureau] was afgesproken dat zij haar conceptrapport voor commentaar aan Belanghebbende ter beschikking zou stellen voordat zij het rapport Verzekeraar ter hand zou stellen. Uit de in het geding gebrachte stukken blijkt overigens dat Verzekeraar het rapport aan de raadsman van Belanghebbende heeft verstrekt (e-mailberichten van 22 februari 2014), dat deze schriftelijk commentaar op het rapport heeft geleverd (conceptnotitie d.d. 4 maart 2014), dat de arbeidsdeskundige van het commentaar kennis heeft genomen en op verzoek van Verzekeraar op de gestelde vragen en opmerkingen heeft gereageerd (vervolgrapportage d.d. 7 mei 2014) en dat Verzekeraar van het schriftelijk commentaar en de reactie daarop van de arbeidsdeskundige kennis heeft genomen. Daarna heeft Verzekeraar in een brief van 18 juli 2014 en van 5 november 2014 te kennen gegeven bij haar besluit tot beëindiging van de verstrekking van de uitkering te blijven.
- 4.3.2 Het rapport wordt in de tweede plaats ondeugdelijk bevonden omdat daarin financiële gegevens van Belanghebbende zijn gebruikt, die Verzekeraar volgens Belanghebbende ten onrechte bij Belanghebbende heeft opgevraagd en die [naam bureau] derhalve niet bij haar beoordeling had mogen betrekken. Deze klacht strandt op artikel 6.1 sub d van de Algemene voorwaarden. Daarin is bepaald dat de verzekerde verplicht is aan Verzekeraar alle door haar nodig geachte gegevens te verstrekken.

- 4.3.3 De ondeugdelijkheid van het rapport wordt in de derde plaats hierin gezocht dat de daarin opgenomen oordeelsvorming van de arbeidsdeskundige stoelt op een apert onjuiste beschrijving van de activiteiten van Belanghebbende. Deze stelling wordt in het beroepschrift niet nader toegelicht. Mede opdat Verzekeraar zich naar behoren tegen bezwaren van Belanghebbende zou hebben kunnen verweren en de Commissie van Beroep ter zake een beter beeld zou hebben kunnen verkrijgen, zou het op zijn plaats zijn geweest dat zou zijn uiteengezet in welk opzicht en in welke mate de beschrijving van de activiteiten van Belanghebbende onjuist is en waarom die onjuiste omschrijving de arbeidsdeskundige tot onjuiste conclusies heeft gevoerd. Bij gebreke van een voldoende toelichting van de klacht zal deze verder buiten beschouwing worden gelaten.

de tweede grond

- 4.4 Dat Verzekeraar niet had mogen besluiten tot beëindiging per 24 februari 2014 van de verstrekking van de uitkering wordt subsidiair verdedigd op de grond dat Verzekeraar bij Belanghebbende het vertrouwen heeft gewekt dat de verstrekking van de haar toegekende arbeidsongeschiktheidsuitkering zou doorlopen tot aan de einddatum van de polis. In verband hiermee wordt op het volgende gewezen. Eind 2008 heeft Verzekeraar op basis van de toen haar bekende medische gegevens willens en wetens besloten om de uitkering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2007 te verhogen tot 100%. De medische situatie van Belanghebbende was in 2013/2014 niet anders dan in 2007. De uitkering is na de verhoging tot 100% ook niet meer gewijzigd en reeds in 2007 is toegezegd dat er geen andere medische onderzoeken meer zouden plaatsvinden.
- 4.4.1 Voor zover Belanghebbende in het kader van de subsidiaire grond bestrijdt dat zij geen aanspraak op verzekeringsdekking kan maken omdat de in 2013 en 2014 uitgevoerde medische onderzoeken opnieuw tot de conclusie hebben geleid dat er geen sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen bij Belanghebbende, geschiedt dat terecht. Het feit dat in artikel 4 lid 1 van de Algemene voorwaarden is bepaald, dat van arbeidsongeschiktheid pas sprake is indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren, en dat van dergelijke stoornissen in 2007 en 2008 en ook in 2013 en 2014 niet is gebleken, betekent niet dat er bij Belanghebbende geen sprake was en is van medische klachten die, hoezeer zij niet tot objectief medisch vaststelbare stoornissen zijn te herleiden, haar beperken in het uitoefenen van het beroep van schoonheidsspecialiste. In die zin laat de medisch deskundige van KIFID zich op bladzijde 5 van zijn rapport ook uit. Belanghebbende is in 2006 bij het [naam] te [plaatsnaam 2] voor klachten behandeld en het door verzekeraar ingeschakelde arbeidskundig bureau [naam] heeft in een rapport van april 2006 geadviseerd de arbeidsongeschiktheid van Belanghebbende op 70 tot 75% te stellen. Ondanks dat bij de in 2007 en 2008 uitgevoerde medische onderzoeken niet van objectief medisch vaststelbare stoornissen was gebleken, heeft Verzekeraar eind 2008 besloten om met terugwerkende kracht tot 1 januari 2007 aan Belanghebbende een 100%-arbeidsongeschiktheidsuitkering te verstrekken. Daarbij is van de zijde van de Verzekeraar geen enkel voorbehoud gemaakt. Mede omdat Verzekeraar het besluit haar zonder enig voorbehoud heeft meegedeeld en de uitkeringen verder ook zonder voorbehoud aan haar is blijven verstrekken, heeft Belanghebbende het besluit mogen opvatten als een erkenning

van de Verzekeraar niet alleen dat er bij haar als gevolg van het ongeval op 2 september 2002 sprake was van stoornissen die haar belemmerden haar beroep van schoonheidsspecialiste uit te oefenen maar ook dat zij deswege onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering aanspraak kon maken op een 100% uitkering. Er zijn door Verzekeraar geen feiten gesteld, die Belanghebbende in redelijkheid hadden moeten doen begrijpen dat de uitkering haar, zoals Verzekeraar thans stelt, uit coulance of onverschuldigd werd verstrekt. Een en ander brengt mee dat het feit dat uit de in 2013 en 2014 opnieuw uitgevoerde medische onderzoeken wederom niet is gebleken van objectief medisch vast te stellen stoornissen, niet reeds een voldoende grond vormt om de verstrekking van uitkeringen uit hoofde van de aan het beroep van schoonheidsspecialiste gerelateerde arbeidsongeschiktheidsverzekering per 24 februari 2014 te staken.

- 4.4.2 De stelling van Belanghebbende dat de – niet objectief medisch vast te stellen – stoornissen, die haar al vanaf het ongeval in 2005 verhinderen het beroep van schoonheidsspecialiste uit te oefenen, nog steeds aanwezig zijn, heeft Verzekeraar als zodanig niet bestreden en vinden ook geen weerlegging in de verrichte medische onderzoeken.
- 4.4.3 Voor zover Belanghebbende in het kader van de subsidiaire grond stelt dat zij heeft mogen aannemen dat haar de uitkeringen uit de arbeidsongeschiktheidsverzekering tot de einddatum van de polis – de eerste van de maand volgend op de maand waarin verzekerde de 55-jarige leeftijd bereikt – zouden worden verstrekt, heeft zij onvoldoende omstandigheden aangevoerd om die stelling voor juist te kunnen houden. Gesteld noch gebleken is dat een mededeling van die inhoud of strekking door Verzekeraar aan Belanghebbende is gedaan. Als zodanig is niet op te vatten de gestelde toezegging van de zijde van Verzekeraar in november 2006 dat er geen nieuwe medische onderzoeken meer zouden plaatsvinden. Er zijn in dat verband geen feiten en omstandigheden gesteld waaruit Belanghebbende heeft mogen afleiden, dat bedoelde toezegging van die inhoud of strekking is geweest dat er bijvoorbeeld ook geen medische onderzoeken meer zouden plaatsvinden, wanneer in de toekomst bij Belanghebbende van veranderingen zou blijken die wijzen op de mogelijkheid om in haar levensonderhoud te voorzien door het beroep van schoonheidsspecialiste weer te hervatten of een ander beroep te gaan uitoefenen. Zonder een nadere toelichting valt ook niet in te zien dat Verzekeraar een goede reden had een dergelijke toezegging te doen. Een en ander brengt mee dat er ook geen aanleiding bestaat om Belanghebbende toe te laten tot het leveren van bewijs van haar stelling dat Verzekeraar in november 2006 heeft toegezegd dat er geen medische onderzoeken zouden plaatsvinden.

de derde grond

- 4.5 Als meer subsidiaire en daarmee als derde grond ter bestrijding van het besluit van 24 februari 2014 van Verzekeraar voert Belanghebbende aan dat Verzekeraar het verstrekken van de uitkering niet rücksichtslos op 24 februari 2014 had mogen beëindigen. Zij had vooraf het voornemen om het verstrekken van de uitkering te beëindigen moeten meedelen en verder een overgangsregeling in acht moeten nemen. Bij de hiervoor met betrekking tot de tweede grond bereikte conclusie mist Belanghebbende belang bij deze derde grond. Deze grond kan dan ook hier verder onbesproken blijven.

Tussenconclusie

- 4.6 Hetgeen hiervoor is overwogen, met name in 4.4 t/m 4.4.3, voert tot de volgende conclusies.

Verzekeraar kan zich voor het geheel beëindigen van de verstrekking van uitkeringen op grond van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, die zij in 2002 met Belanghebbende in verband met haar beroep van schoonheidsspecialiste heeft afgesloten, niet met vrucht beroepen op haar besluit van 24 februari 2014. Het besluit rust op de grond dat bij Belanghebbende geen sprake is van medisch objectief vast te stellen stoornissen. Die grond vormt echter in het onderhavige geval een onvoldoende rechtvaardiging voor een besluit tot beëindigen van de uitkeringen. Immers, vanwege de gang van zaken in 2006 en volgende jaren en vooral vanwege de toekenning aan Belanghebbende zonder enig voorbehoud eind 2008 van een 100%-uitkering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2007 ook al was er ook toen geen sprake van een arbeidsongeschiktheid bij Belanghebbende die was terug te voeren op een objectief medisch vast te stellen stoornis, heeft Belanghebbende in redelijkheid mogen aannemen dat zij dekking genoot onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor de op haar beroep van schoonheidsspecialiste betrekking hebbende arbeidsongeschiktheid, die voortvloeyde uit de toen wel bij haar aanwezige medische klachten, ook al bleken deze niet objectief medisch vast te stellen te zijn. De stelling van Belanghebbende dat de zojuist genoemde klachten, die haar al in 2006 en volgende jaren verhinderden het beroep van schoonheidsspecialiste uit te oefenen, nog steeds aanwezig zijn, heeft Verzekeraar als zodanig niet, althans niet in voldoende mate, bestreden en vindt ook geen weerlegging in de in 2013 en 2014 verrichte medische onderzoeken. Belanghebbende kan intussen niet ervan uitgaan dat zij zonder meer recht heeft op een uitkering onder de met Verzekeraar in verband met haar beroep van schoonheidsspecialiste afgesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering tot het einde van de maand waarin zij de leeftijd van 55 jaar bereikt. Ontwikkelingen aan haar zijde als het weer kunnen uitoefenen van een beroep en het daarmee weer in voldoende mate kunnen voorzien in haar levensonderhoud kunnen eventueel aanleiding geven tot aanpassing van de polis en/of de uitkering.

- 4.7 Belanghebbende is, zo staat vast, vanaf 2009 begonnen met het uitoefenen van een nieuw beroep waaruit zij ook inkomsten geniet. Of en, zo ja, in welke mate die omstandigheid als zodanig van invloed is op de aanspraken van Belanghebbende op een uitkering onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering, die zij met Verzekeraar in verband met haar beroep van schoonheidsspecialiste heeft afgesloten, is een vraag waaraan door partijen wel enige aandacht is geschonken in overgelegde correspondentie tussen hen voorafgaande aan de procedure bij KIFID maar niet in de stukken zelf die zij in de eerste aanleg en in beroep hebben opgesteld en ingediend. De Commissie van Beroep kan bijgevolg niet (met voldoende zekerheid) vaststellen welk standpunt ieder van de partijen in de onderhavige procedure met betrekking tot die vraag inneemt. Over die vraag wil de Commissie van Beroep zich dan ook pas een oordeel vormen, nadat partijen zich daarover nader hebben uitgelaten. Partijen zullen hiertoe in de gelegenheid worden gesteld op de voet als aan het eind van deze tussenuitspraak wordt vermeld.

Grievens 3 en 4

4.8 De beoordeling van de grieven 3 en 4 houdt de Commissie van Beroep aan, totdat partijen zich over de hierboven in 4.7 vermelde vraag hebben kunnen uitlaten en de Commissie van Beroep zich vervolgens over die vraag een oordeel heeft kunnen vormen.

5. Beslissing

De Commissie van Beroep neemt de volgende tussenbeslissing:

Ieder van de partijen kan zich over de hierboven in 4.7 vermelde vraag schriftelijk uitlaten. De betreffende memorie na tussenuitspraak dient uiterlijk op 15 maart 2017 ten minste in achtvoud bij KIFID te zijn ingediend. KIFID zal er voor zorgdragen dat een exemplaar van de memorie na tussenuitspraak van de ene partij naar de ander partij wordt toegezonden. Bij die toezending zal een termijn worden aangegeven, waarbinnen een partij op de memorie van de ander schriftelijk kan reageren.