

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2014-318 d.d. 29 augustus 2014**

**(mr. P.A. Offers, voorzitter, mevrouw mr. E.M. Dil-Stork en dr. B.C. de Vries, leden en mr. M. van Pelt, secretaris)**

**Samenvatting**

Consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij Aangeslotene. In 2009 raakt zij arbeidsongeschikt wegens schouderklachten en in 2010 krijgt zij ook nog rugklachten. Een redelijke uitleg (contra-proferentem) van de polisvoorwaarden brengt mee dat beide klachten in aanmerking moeten worden genomen voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid. Voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid dient een deugdelijk medisch onderzoek plaats te vinden. De Commissie oordeelt dat het arbeidsdeskundig onderzoek tot op heden nog niet deugdelijk heeft plaatsgevonden. De vordering van Consument wordt toegewezen, bestaande uit een doorbetaling van de uitkering vanaf februari 2012 tot aan het moment dat een deugdelijk arbeidsdeskundig rapport onderbouwt dat het recht op uitkering kan worden ingetrokken.

Consument,

tegen

Genworth Financial, gevestigd te Arnhem, hierna te noemen Aangeslotene.

**I. Procedure**

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:

- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het verzoek tot geschilbeslechting van Consument, ontvangen op 3 april 2013;
- de brief van Consument, met bijlagen, van 10 april 2013;
- het verweerschrift van Aangeslotene, met bijlagen, van 7 augustus 2013;
- de repliek van Consument, met bijlagen, van 19 november 2013;
- de dupliek van Aangeslotene 9 december 2013;
- de pleitnotities van Consument ter zitting van 30 juni 2014;
- de pleitaantekeningen van Aangeslotene ter zitting van 30 juni 2014;
- de brief van Consument, met bijlagen, van 11 juli 2014;
- de brief van Aangeslotene, met bijlagen, van 14 juli 2014;
- de brief van Consument van 21 juli 2014.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna: de Ombudsman) niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen het advies van de Commissie als bindend zullen aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 30 juni 2014 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Op 23 januari 2008 heeft Consument een aanvraagformulier ingevuld en ondertekend voor het 'T@F Zelfstandigenplan'. In dit aanvraagformulier staat onder meer het volgende.

*“Algemene slotverklaring en ondertekening*

*Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaar ik tevens dat:*

- a) alle in het formulier gestelde vragen naar waarheid zijn beantwoord;*
- b) ik bewust ben van het feit dat ik op grond van de polisvoorwaarden geen recht heb op een uitkering voor alle ziekten of aandoeningen waarvoor ik de afgelopen 12 maanden mijn huisarts of specialist heb geraadpleegd en voor alle ziekten en aandoeningen waarvan ik de afgelopen 12 maanden op de hoogte was of had kunnen zijn.”*

2.2 Consument heeft met ingang van 1 februari 2008 een drietal arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (hierna: de Verzekeringen) afgesloten bij Aangeslotene. De dekkingscode is 'VerlengdP35' en het verzekerd bedrag is € 600,- per maand per Verzekering.

2.3 Op deze Verzekeringen zijn van toepassing de Polisvoorwaarden GF 10-2008 (hierna: de Voorwaarden). Hierin staat onder meer het volgende.

### **“Arbeidsongeschiktheid**

*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 in de eerste 2 jaren na het intreden ervan aanwezig geacht indien verzekerde ten gevolge van deze stoornissen in het geheel niet in staat is om de eigen werkzaamheden die de verzekerde uitoefende op het moment van intreden van de arbeidsongeschiktheid uit te oefenen. Vanaf het derde jaar wordt arbeidsongeschiktheid beoordeeld naar analogie van het criterium passende arbeid. Ook bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste 2 jaar na intreden ervan bestaat recht op een (pro rata-) uitkering.*

*(...)*

### **4.2 Recht op een uitkering**

*De verzekerde heeft recht op een uitkering als de claim aan de volgende voorwaarden voldoet:*

*a. (...)*

*f. voordat de verzekerde arbeidsongeschikt werd, werkte de verzekerde minstens 16 uur per week als zelfstandig ondernemer;*

*(...)*

*i. indien de verzekerde na een periode van twee jaar arbeidsongeschiktheid niet in staat is de eigen werkzaamheden geheel of gedeeltelijk te verrichten, wordt het recht op het behoud van een uitkering beoordeeld aan de hand van het criterium passende arbeid;*

j. bij de beoordeling van een claim uit arbeidsongeschiktheid kan de verzekeraar zich laten adviseren door een onafhankelijke arts;

(...)

l. per schadeclaim kan de verzekerde slechts voor één specifieke claim uit arbeidsongeschiktheid een beroep doen op deze verzekering;

(...)

n. het recht op uitkering vervalt in ieder geval indien uit de medische expertise blijkt dat verzekerde zijn professionele activiteiten kan hervatten.

(...)

#### **4.3 Maximale uitkeringsduur en hoogte bij arbeidsongeschiktheid**

De maximale uitkeringsduur van een arbeidsongeschiktheidsclaim en de hoogte van een uitkering bij arbeidsongeschiktheid hangen af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij het sluiten van deze verzekering.

Er zijn vier verschillende dekkingen mogelijk:

(...)

**4. VerlengdP35:** De uitkeringsduur is langer dan vijf jaar tot maximaal einde looptijd van de verzekering per arbeidsongeschiktheidsclaim, met uitzondering van hetgeen beschreven is in artikel 6 (Maximale Uitkering). Na twee jaar arbeidsongeschiktheid blijft het recht op een gedeeltelijke uitkering bestaan indien het afkeuringpercentage tenminste 35% is op basis van passende arbeid. De hoogte van het uit te keren verzekerde maandbedrag is het op het polisblad vermelde verzekerde maandbedrag vermenigvuldigd met het exact vastgestelde percentage van arbeidsongeschiktheid. Het verzekerde maandbedrag wordt volledig uitgekeerd bij een afkeuringspercentage van 80% of hoger.

(...)

#### **4.4 Uitsluitingen**

Voor deze verzekering bestaat geen recht op uitkering als het volgende het geval is:

(...)

c. voor ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) waarvoor de verzekerde in de periode van 12 maanden vóór de ingangsdatum van deze verzekering door een huisarts of specialist is behandeld of onder medische controle staat (de zogenaamde inlooptermijn);

d. bij ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) of letsel(s) van de verzekerde gedurende 24 maanden voor de ingangsdatum van deze verzekering en waarvoor verzekerde gedurende deze 24 maanden voor deze ziekte(n), aandoening(en), gebrek(en) en/of letsel(s)

(na)controles en/of (na)behandelingen heeft gehad of had moeten hebben;

(...)

#### **4.5 Opeenvolgende claims**

Als de verzekerde eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is niet toegewezen om welke reden dan ook, dan kan de verzekerde opnieuw een claim indienen als:

a. (...)

b. de verzekerde 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om een andere reden voor de arbeidsongeschiktheid.

(...)

- 12.4 De uitkering zal maandelijks en achteraf plaatsvinden zolang de claim wegens arbeidsongeschiktheid aan de voorwaarden voor uitkering voldoet.”*
- 2.4 Op 20 april 2009 diende Consument een schadeformulier in voor ziekte sinds 28 februari 2009 wegens nekklachten en pijnklachten in armen en schouders. Verzekeraar heeft tot 24 februari 2012 op alle drie de Verzekeringen een volledige uitkering verleend.
- 2.5 Keuringsarts dr. X heeft op 19 augustus 2010 een belastbaarheidsonderzoek gedaan. Hierin is onder meer het volgende opgenomen.  
*“Verzekerde heeft beperkingen als gevolg van langdurige schouderproblematiek. (...) Mogelijk moet het AC gewricht middels een ingreep verholpen worden. De reden dat deze ingreep nu niet kan worden uitgevoerd zou te maken hebben met de huidige rugbeperkingen die verzekerde zegt te ervaren. In 2000 is zij aan haar rug geopereerd waarbij een deel van haar rug werd vastgezet. In de zomer van 2010 zou zij zich hebben verstapt en sindsdien claimt zij haar werk niet te kunnen doen vanwege de beperkte mobiliteit. (...) De beperkingen veroorzaakt door haar rug worden in deze claim echter buiten beschouwing gelaten vanwege zowel pre-existentie als het gegeven dat slechts voor één aandoening een claim kan worden ingediend. (...) Verzekerde kan haar werk niet in volle omvang doen niet alleen door schouderklachten maar ook wegens rugbeperkingen (...) De arbeidsgeschiktheid zonder rugbeperkingen schat ik op 4-5 uur per dag overeenkomend met 60% arbeidsgeschiktheid.”*
- 2.6 Hierop heeft Aangeslotene op 26 november 2010 aan Consument geschreven dat haar uitkering zou worden aangepast tot een pro rata uitkering van 40%.
- 2.7 Op 29 december 2010 reageerde Consument hierop per brief. Hierin staat onder meer het volgende.  
*“Sinds voorjaar 2008 ben ik nauwelijks in staat te werken vanwege – door middel van een MRI vastgestelde – artrose in beide schouders met als gevolg hevige pijn (...) Mijn schouderproblemen zijn sindsdien niet verminderd. Dat kan ook niet, omdat artrose mettertijd alleen maar verergert. Ik zou daarom afgelopen september worden geopereerd. (...) Sinds juli 2010 heb ik na een bijna-valpartij op straat echter ernstige zenuwpijnen in mijn rug en benen. D.m.v. een EMG is vastgesteld dat er sprake is van een actief radiculair lijden ter hoogte van lumbaalwervel 5. Tot mijn grote verdriet is hier volgens de orthoëed niets aan te doen; mijn rug is 10 jaar geleden geopereerd geweest en daarbij is er het een ander aan chirurgisch staal geïmplanteerd. (...) Laat ik mijn schouders opereren, dan ben ik vele maanden onderweg voordat ik mijn armen weer goed kan gebruiken en dat betekent dat ik in de tussenliggende tijd veel risico loop om te vallen. De schouderoperaties zijn mij daarom door de orthoëed, maar ook door de huisarts, met klem ontraden. (...) Dan voor wat betreft het niet indienen van een nieuwe claim voor mijn recente rugklachten: volgens een medewerker van Genworth, tijdens een telefoongesprek dat ik met haar had op 2 september jl., was het indienen van een tweede claim niet nodig. Ik heb haar na dit gesprek op eigen initiatief alle relevante artsenbrieven toegestuurd. Op basis hiervan en van de maandelijks vervolgbriefjes die ik telkens naar waarheid invulde en vervolgens*

- opstuurde, zijn tot en met eind november de maandelijkse betalingen van 1800 euro gecontinueerd. Volgens een medewerker van Genworth, die ik op 20 augustus telefonisch sprak, was het indienen van een nieuwe claim niet mogelijk, omdat ik in de periode voorafgaand aan de bijna-valpartij niet minimaal 16 uur per week had gewerkt. Dit als gevolg van mijn schouderproblemen.”
- 2.8 Aangeslotene reageerde hierop per e-mail van 25 februari 2011 met het volgende bericht.  
 “We hebben besloten om voorlopig nog te blijven betalen.  
 Uw medische documenten worden momenteel geëvalueerd door onafhankelijke medische adviseurs.  
 Totdat hun terug komen met een advies krijgt U sowieso uitgekeerd.”
- 2.9 Keuringsarts dr. X heeft op 15 september 2011 wederom een belastbaarheidsonderzoek gedaan. Hierin is onder meer het volgende opgenomen.  
 “De berichtgeving over deze schouderklachten is wisselend geweest variërend van een lichte slijtage tot chronische klachten waarvoor ingreep nodig zou zijn. Bij een beoordeling in augustus 2010 werden mogelijkheden verwoord in een belastbaarheidprofiel.  
 De schouderproblematiek lijkt nu ingehaald te worden door rug- en heupklachten.  
 (...) Volgens verzekerde kan vanwege de rugklachten (voorlopig) geen operatie plaatsvinden aan de schouders. (...) Als we alle gegevens analyseren kan men spreken van een schouderproblematiek die nu redelijk stabiel is met therapie. Daarnaast voeren de rugklachten en de heupproblematiek op dit moment de boventoon en lijken maatgevend in de claimklachten en in haar mogelijkheden tot adequaat functioneren.  
 Verzekerde heeft echter een claim ingediend wegens schouderklachten. De overige klachten kunnen niet in de beschouwing opgenomen worden aangezien ze buiten de polisvoorwaarden vallen. Bovendien dateren de rugklachten in elk geval vanaf 2000 toen haar rug werd vastgezet na verstapping.  
 Zonder rug- en heupbeperkingen zou verzekerde in staat moeten, rekening houdend met de beperkingen voortkomend uit de schouderklachten, zijn om 70-85% van haar werkzaamheden uit te kunnen voeren, zij zou dan mobieler zijn en meer uren kunnen werken.”
- 2.10 Aangeslotene schreef op 29 februari 2012 het volgende aan Consument.  
 “Naar aanleiding van een belastbaarheidsonderzoek na meer dan 2 jaar arbeidsongeschiktheid, hebben onze medische adviseurs een rapport opgemaakt. Uit de informatie die wij ontvingen blijkt dat u niet meer voor 35% of meer arbeidsongeschikt bent. (...) Conform polisvoorwaarden waarbij na 2 jaar arbeidsongeschiktheid u 35% of meer arbeidsongeschikt moet zijn om in aanmerking te komen voor een vervolguitering kan gesteld worden dat u niet langer aan dit criterium voldoet.  
 Wij beschouwen uw claim nu als voldaan en hebben deze gesloten, hetgeen betekent dat de bedragen, die volgende week Donderdag overgemaakt worden betreffende de periode van 26 Januari tot 24 Februari 2012, de laatste betalingen zijn.”
- 2.11 Consument is het met deze beoordeling niet eens en diende een klacht in bij Aangeslotene en heeft haar klacht vervolgens laten toetsen door de Ombudsman.

- 2.12 De medisch adviseur van de Ombudsman werd gevraagd antwoord te geven op de vraag of de belastbaarheid correct is gediuid door de keuringsarts van arbeidsdesk bij diens onderzoek d.d. 15 september 2011 naar de vraag of verzekerde meer dan 35% arbeidsongeschikt is voor passend werk. Hij overwoog het volgende.
- “Bestudering van het rapport leert dat summier een omschrijving wordt gegeven van het zogenaamde dagverhaal.*
- De bevindingen bij lichamelijk onderzoek kunnen eveneens als summier worden omschreven. Niet geheel helder is welke schouder/welke schouders zijn onderzocht.*
- (...)*
- Ondergetekende is van mening dat de controlerend arts X teneinde de aan hem/haar voorgelegde vraag te kunnen beantwoorden, een uitgebreider verzekeringsgeneeskundig onderzoek had moeten doen, bestaande uit een voldoende uitgebreide anamnese (waaronder dagverhaal), uitdiepen van klachten.*
- Verder had er een voldoende uitgebreid lichamelijk onderzoek moeten worden verricht. Ondergetekende is van mening dat zowel de anamnese als de bevindingen bij lichamelijk onderzoek onvoldoende volledig zijn, teneinde de conclusies te kunnen onderbouwen.*
- Daarnaast is ondergetekende van mening dat gezien de vraagstelling de controlerend arts een belastbaarheidspatroom had op moeten stellen op basis waarvan de arbeidsdeskundige kan beoordelen of en zo ja in welke mate er sprake is van arbeidsgeschiktheid voor het eigen werk danwel passende werkzaamheden.*
- Ondergetekende constateert dat de controlerend arts X als het ware op de stoel van de arbeidsdeskundige is gaan zitten, hetgeen in casu niet wenselijk is.”*
- 2.13 Op 15 februari 2013 heeft de Ombudsman geoordeeld dat de klacht van Consument gegrond is en daaraan de aanbeveling verbonden dat Aangeslotene een nieuw verzekeringsgeneeskundig onderzoek laat instellen, zo nodig gevolgd door een arbeidsdeskundig onderzoek.
- 2.14 Naar aanleiding van de aanbeveling van de Ombudsman, hebben partijen in overleg de verzekeringarts Y gekozen en als arbeidsdeskundige Z.
- 2.15 Y heeft op 14 juni 2013 gerapporteerd. Dit rapport bevat een dagverhaal op 1 a-4 pagina. Voorts bevat deze rapportage twee belastbaarheidspatronen. Een belastbaarheidspatroom in algemene zin en een belastbaarheidspatroom toegepast op de rechterschouder.
- “Vraagstelling*
- 1. Is er sprake van arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en aantoonbaar gevolg van ziekte of gebrek?*
  - 2. Wat is het specifieke belastbaarheidspatroom ten aanzien van het gebruik van de rechterschouder van cliënte?*
- (...)*
- De specifieke belastbaarheid ten aanzien van het gebruik van de rechterschouder van cliënte kan als volgt worden omschreven:*
- 1 [5E] zitten: gehele werkdag 2 uur aaneengesloten*
  - 2 [5E] staan: gehele werkdag 2 uur aaneengesloten*
  - 3 [5E] lopen: gehele werkdag 2 uur aaneengesloten*

(...)

Vraagstelling

1. Is er sprake van arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en aantoonbaar gevolg van ziekte of gebrek?
2. Wat zijn in algemene zin de beperkingen en mogelijkheden van cliënte?

De belastbaarheid van cliënte kan als volgt worden omschreven:

- 1 [4E] zitten: gehele werkdag 1 uur aaneengesloten  
cliënte moet kunnen vertreden
- 2 [3E] staan: gehele werkdag een half uur aaneengesloten
- 3 [3E] lopen: gehele werkdag een half uur aaneengesloten  
niet over oneffen terrein

(...)

**Prognose van de belastbaarheid:**

Het al dan niet aanwezig zijn van benutbare mogelijkheden zal de komende drie maanden niet veranderen: cliënte heeft nu benutbare mogelijkheden en deze zullen in deze periode niet verdwijnen.

De belastbaarheid van cliënte zal hierbij in grote lijnen stabiel blijven.

**Beantwoording van de specifieke vraagstelling:**

Er is sprake van ziekte of gebrek.

Cliënte heeft benutbare mogelijkheden als beschreven in het belastbaarheidspatroon.

**Reactie van cliënte:**

Bovenstaande is met cliënte besproken, zij kan zich met de visie van ondergetekende verenigen, maar plaatst hierbij nog wel de volgende opmerking: Met betrekking tot de belastbaarheid stelt cliënte dat [zij] haar eigen werk maximaal 5-10 uur per week kan uitvoeren. Cliënte zal het resultaat van verder onderzoek afwachten.

**Conclusie**

Er is sprake van een ziekte of gebrek.

Cliënte heeft benutbare mogelijkheden als boven beschreven.”

2.16 Op 18 juli 2013 heeft Arbeidsdesk de bevindingen van Y aan Aangeslotene gerapporteerd.

2.17 Op 17 september 2013 is Consument onderzocht door arbeidsdeskundige Z. Zij bracht op 20 september 2013 haar rapportage uit. Hierin is onder meer het volgende opgenomen.

**Vraagstelling**

- Is er na 2 jaar arbeidsongeschiktheid nog sprake van tenminste 35% arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid?

**Conclusie**

- Er is geen sprake van medische onderbouwing voor arbeidsongeschiktheid volgens de gestelde beperkingen van verzekerde zowel voor haar eigen functie als voor passende functies zoals licht administratieve werkzaamheden.

(...)

**4. Informatie belastbaarheid**

Door Y, verzekeringsarts, werd op 14 juni 2013 twee belastbaarheidsprofielen opgesteld, deze zijn als bijlagen bij dit rapport gevoegd.

- 1) Het eerste rapport bevat een belastbaarheidsprofiel ten aanzien van het gebruik van de **rechter schouder** van verzekerde.
- 2) Het tweede rapport bevat een belastbaarheidsprofiel ten aanzien van de algehele beperkingen en mogelijkheden van verzekerde. Dit valt echter buiten de dekking van de polisvoorwaarden en wordt daarom niet meegenomen in dit rapport.

**Conform de polisvoorwaarden gesteld zoals weergegeven in 4.2.L,  
- Per schadeclaim kan de verzekerde slechts voor één specifieke claim uit de arbeidsongeschiktheid een beroep doen op deze verzekering.**

Vanwege deze polisvoorwaarden ga ik in deze rapportage uit van het eerste rapport waarin het belastbaarheidsprofiel is opgesteld ten aanzien van het gebruik van de rechter schouder, voor het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.

Zitten :gehele werkdag 2 uur aaneengesloten cliënte moet kunnen vertreden  
(...)

### **5. Gesprek met verzekerde**

Het gesprek verliep bij aanvang wat stroef. Het trof verzekerde en haar echtgenoot als bijzonder onaangenaam dat ik de polisvoorwaarden ter sprake bracht. De polis omschrijft echter dat er maar voor 1 klacht geclaimd kan worden. Om die reden zijn de polisvoorwaarden relevant. Hierna verliep het gesprek in een prettige sfeer. Verzekerde gaf een toelichting op het al doorgemaakte traject vanaf haar ziekmelding.

Er hebben verschillende medische beoordelingen plaatsgevonden. Op 29 februari 2012 is de uitkering beëindigd. Er is niet eerder een arbeidsdeskundig onderzoek geweest.

(...)

### **5.7 Visie verzekerde**

Verzekerde is het niet eens met de conclusie van dit rapport. De reden hiervan is dat verzekerde de polisvoorwaarden betwist. Verzekerde heeft echter deze polis(sen) gesloten. In de polisvoorwaarden staat dat verzekerde voor 1 aandoening kan claimen en haar claim betreft haar rechter schouder. Verzekerde betwist de polisvoorwaarden, en wil een heronderzoek.

### **6 Arbeidsdeskundige visie**

Verzekerde betwist de polisvoorwaarden maar dit laat ik in mijn rapport verder buiten beschouwing.

Ten aanzien van de beperkingen zoals weergegeven in het belastbaarheidsprofiel en ten aanzien van haar werkzaamheden:

- Zou het voor verzekerde mogelijk moeten zijn om haar werkzaamheden volledig te kunnen uitvoeren. Het zitten is mogelijk 2 uur aaneengesloten. Verzekerde is vrij om haar tijd zelf in te delen dus heeft de mogelijkheid om te vertreden op het moment dat zij daar behoefte aan heeft.
- Staan is mogelijk 2 uur aaneengesloten. Dit komt niet veel voor in de functie maar het geeft wel weer dat tijdens het verpozen, staan niet beperkt is.
- Het kantoor van verzekerde bevindt zich op de eerste verdieping. Traplopen is toegestaan 8 keer per uur. Dit betekent dat verzekerde haar werkplek kan bereiken en verlaten indien zij dit nodig acht.

(...)



- Er zijn geen beperkingen ten aanzien van het arbeidspatroon. Verzekerde is vrij om haar tijd zelf in te delen.

(...)

De beperkingen van verzekerde aan haar rechter schouder overschrijden de belastbaarheid van haar functie als freelance schrijfster niet. De vraagstelling van de verzekeraar is of er sprake is van arbeidsgeschiktheid voor passende functies. De beperkingen aan de rechter schouder van verzekerde overschrijden haar belastbaarheid niet in haar huidige functie.

### **7 Mate van arbeidsongeschiktheid voor het verzekerd beroep en passende arbeid**

Verzekerde is volledig arbeidsgeschikt voor het uitvoeren van haar eigen functie. De vraagstelling conform de polisvoorwaarden is echter of er sprake is van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid ten aanzien van de beperkingen aan haar rechter schouder.

Aangezien verzekerde volledig geschikt is (**conform de polisvoorwaarden**) voor haar eigen functie en de daarbij behorende taken, is het mijns inziens niet nodig om passende arbeid te duiden. (...)

### **8 Conclusie**

- Er is geen sprake van medische onderbouwing voor arbeidsongeschiktheid volgens de gestelde beperkingen aan de rechter schouder van verzekerde voor haar eigen beroep evenals voor passende functies.
- Gelet op de voorwaarden die vastgelegd zijn in de gesloten polissen is een heronderzoek mijns inziens niet aan de orde.”

2.18 Naar aanleiding van de hoorzitting op 30 juni 2014 heeft Aangeslotene arbeidsdeskundige Z gevraagd een rapport uit te brengen waarin de algehele belastbaarheid van Consument wordt beoordeeld. In dit rapport van 11 juli 2014 is onder meer het volgende opgenomen.

#### **Vraagstelling**

- Is er na 2 jaar arbeidsongeschiktheid nog sprake van tenminste 35% arbeidsongeschiktheid op basis van passende arbeid?

#### **Conclusie**

- Er is geen sprake van medische onderbouwing voor arbeidsongeschiktheid volgens de gestelde beperkingen van verzekerde zowel voor haar eigen functie als voor passende functies zoals licht administratieve werkzaamheden.

(...)

#### **4. Informatie belastbaarheid**

Door Y, verzekeringsarts, werd op 14 juni 2013 twee belastbaarheidsprofielen opgesteld, deze zijn als bijlagen bij dit rapport gevoegd.

- 3) Het eerste rapport bevat een belastbaarheidsprofiel ten aanzien van het gebruik van de rechter schouder van verzekerde.
- 4) Het tweede rapport bevat een belastbaarheidsprofiel ten aanzien van **de algehele beperkingen en mogelijkheden** van verzekerde. Dit tweede rapport is nu als leidraad voor deze rapportage gebruikt.

Vanwege het verzoek om een nieuw arbeidsdeskundig advies op te stellen ga ik in deze rapportage uit van het rapport waarin het belastbaarheidsprofiel is opgesteld ten aanzien van alle beperkingen voor het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid.

Zitten :gehele werkdag 1 uur aaneengesloten cliënte moet kunnen vertreden

(...)

**5. Voor het opstellen van deze rapportage heeft geen gesprek plaatsgevonden.**

(...)

### **5.7 Visie verzekerde**

Verzekerde is het niet eens met de conclusie van dit rapport. Verzekerde betwist de polisvoorwaarden. Om die reden is dit rapport tot stand gekomen.

### **6 Arbeidsdeskundige visie**

Ten aanzien van de beperkingen zoals weergegeven in het belastbaarheidsprofiel en ten aanzien van haar werkzaamheden:

- Zou het voor verzekerde mogelijk moeten zijn om haar werkzaamheden volledig te kunnen uitvoeren. Het zitten is mogelijk 1 uur aaneengesloten. Verzekerde is vrij om haar tijd zelf in te delen dus heeft de mogelijkheid om te vertreden op het moment dat zij daar behoefte aan heeft. Daarbij geeft verzekerde in haar dagbesteding aan dat zij leest, televisie kijkt en sociale contacten onderhoud. We mogen aannemen dat deze activiteiten zittend worden uitgevoerd.
- Staan is mogelijk een half uur aaneengesloten. Dit komt niet veel voor in de functie maar het geeft wel weer dat tijdens het verpozen, staan niet beperkt is.
- Het kantoor van verzekerde bevindt zich op de eerste verdieping. Traplopen is toegestaan 4 keer per uur 15 treden. Dit betekent dat verzekerde haar werkplek kan bereiken en verlaten indien zij dit nodig acht.

(...)

- Er zijn geen beperkingen ten aanzien van het arbeidspatroon. Verzekerde is vrij om haar tijd zelf in te delen.

(...)

De beperkingen van verzekerde overschrijden de belastbaarheid van haar functie als freelance schrijfster niet. De vraagstelling van de verzekeraar is of er sprake is van arbeidsgeschiktheid voor passende functies. De beperkingen van verzekerde overschrijden haar belastbaarheid niet in haar huidige functie.

### **7 Mate van arbeidsongeschiktheid voor het verzekerd beroep en passende arbeid**

Verzekerde is volledig arbeidsgeschikt voor het uitvoeren van haar eigen functie. De vraagstelling conform de polisvoorwaarden is echter of er sprake is van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid ten aanzien van de algehele beperkingen. Aangezien verzekerde volledig geschikt is voor haar eigen functie en de daarbij behorende taken, is het mijns inziens niet nodig om passende arbeid te duiden. (...)

### **8 Conclusie**

- Er is geen sprake van medische onderbouwing voor arbeidsongeschiktheid volgens de gestelde beperkingen van verzekerde voor haar eigen beroep evenals voor passende functies.”

### 3. Geschil

- 3.1 Consument vordert dat Aangeslotene de uitkering vanaf 24 februari 2012 hervat vermeerderd met de wettelijke handelsrente vanaf de datum in verzuim tot datum algehele voldoening voor elke nagelaten termijnbetaling onder gelijktijdige veroordeling van Aangeslotene tot vergoeding van de verschuldigde eigen bijdrage.
- 3.2 Aan deze vordering legt zij het volgende ten grondslag:
- het onderzoek van X d.d. 15 september 2011 is door de medisch adviseur van de Ombudsman als onvoldoende is beoordeeld en de uitkering had derhalve niet per 24 februari 2012 mogen worden gestopt.
  - Het nieuwe onderzoek door Y is ruim anderhalf jaar na februari 2012 afgerond zodat dit rapport niet representatief kan zijn voor de situatie van februari 2012. Tussen het tijdstip van een medisch onderzoek en de intrekking van een arbeidsongeschiktheidsuitkering mag in beginsel geen periode zitten die langer is dan negen maanden (CRvB 17 april 2007). Er is in februari 2012 geen deugdelijk onderzoek beschikbaar geweest aan de hand waarvan Aangeslotene kon oordelen dat de uitkering moest worden ingetrokken. Dat het onderzoek destijds niet deugdelijk was komt voor rekening en risico van Aangeslotene.
  - De arts van Consument [naam] heeft geoordeeld dat Consument maximaal 25% van haar werkzaamheden kan uitvoeren zonder dat ze dat nadien langdurig en met veel fysieke last dient te bekopen.
  - Het rapport van Y van 14 juni 2013, hoewel deze arts door partijen was overeengekomen, voldoet ook niet, omdat het dagverhaal te kort is en omdat Y Consument maar eenmaal heeft gezien.
  - Het eerste rapport van arbeidsdeskundige Z van 17 september 2013 voldoet niet, omdat zij voorafgaand aan het gesprek al te kennen gaf dat zij Consument volledig arbeidsgeschikt zou gaan verklaren op basis van het rapport van Y. De arbeidsdeskundige had Consument toen nog niet onderzocht. Z had derhalve een vooringenomen attitude. Bovendien wordt in het rapport op geen enkele wijze onderbouwd welke belasting de functies voor passende arbeid met zich meebrengen en waarom dat binnen de belastbaarheid van Consument valt.
  - Het tweede rapport van arbeidsdeskundige Z van 11 juli 2014 voldoet ook niet, nu Consument ten behoeve van dit rapport niet is onderzocht door Z en het rapport evenmin met Consument is besproken. Bovendien is het rapport pas op 11 juli 2014 afgerond en derhalve niet representatief voor de klachten van Consument in februari 2012. Het rapport is bovendien onvolledig nu niet alle beperkingen getoetst zijn aan belasting in de functie van Consument.
  - Consument betwist dat geen twee claims tegelijkertijd ingediend kunnen worden. Zij heeft van meet af aan alle relevante informatie met betrekking tot haar met elkaar verband houdende schouder- en rugproblematiek aan Aangeslotene doorgestuurd. Er is nooit een afwijzing gekomen op haar tweede claim. Deze klachten mogen geacht worden te zijn meegenomen door Aangeslotene. Bovendien is het in strijd met de redelijkheid en billijkheid om de rugklachten buiten beschouwing te laten. De maximale dekking wordt er immers niet door overschreden. Aangeslotene heeft het

recht verwerkt rugklachten uit te sluiten bij het heronderzoek. Artikel 4.5 van de Voorwaarden is hier niet van toepassing.

- Op verzwijging, noch op 4.4 sub d van de Voorwaarden kan een beroep worden gedaan, nu Consument in 2000 voor rugklachten bij de huisarts is geweest en deze destijds waren uitbehandeld. Deze klachten speelden derhalve niet 12 resp. 24 maanden voorafgaand aan de ondertekening van het aanvraagformulier.

- Consument heeft recht op premierestitutie nu zij op advies van de huisarts maximaal 10 uur per week werkt en derhalve nooit toekomt aan de grens van minimaal 16 uur per week werken (artikel 4.2 sub f van de Voorwaarden). Beiden partijen lopen geen risico.

- Consument heeft al vanaf het begin van de schademelding in 2009 slechte ervaringen met Aangeslotene (zoekraken documenten, uitstel betalingen, uitkering gekort en weer hersteld, steeds weer nieuwe verweren opwerpen), waardoor haar vertrouwen in Aangeslotene is geschaad.

3.3 Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd.

- Op grond van artikel 4.3 sub 4 van de Voorwaarden heeft Consument na twee jaar arbeidsongeschiktheid alleen nog recht op uitkering indien zij meer dan 35% arbeidsongeschikt is voor passende arbeid. De medisch adviseur van Aangeslotene heeft naar aanleiding van het rapport van X van 15 september 2011 vastgesteld dat de arbeidsongeschiktheid van Consument minder dan 35% bedraagt. De medisch adviseur van de Ombudsman heeft slechts geoordeeld dat dit rapport onvolledig was, niet dat de uitkomst onjuist was. Het is alleen onjuist tot stand gekomen.

De uitkering is derhalve op goede gronden gestopt in februari 2012, nu de nieuwe medische onderzoeken van Y en Z tot dezelfde uitkomst zijn gekomen.

- Op grond van de Voorwaarden wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld door een deskundige die Aangeslotene aanwijst. De beoordeling van de huisarts kan niet bijdragen aan het medisch oordeel.

- Consument heeft in 2009 een claim ingediend voor schouderklachten. De rugklachten zijn in 2010 ontstaan en hebben een andere oorzaak. Een claim met betrekking tot rugklachten is een aparte claim en kan niet worden ondergebracht bij de claim met betrekking tot de schouderklachten. Op grond van artikel 4.2 sub l van de Voorwaarden kan de claim voor rugklachten niet in behandeling worden genomen, omdat per claim voor één ziekte uitkering kan worden gevorderd.

- Op grond van artikel 4.5 sub b van de Voorwaarden ('opeenvolgende claims') zou een claim voor rugklachten worden afgewezen nu Consument tussen beide claims niet 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt. De bedoeling van deze bepaling is dat de uitkering niet doorloopt van de ene ziekte in de andere ziekte.

- De claim voor rugklachten voldoet niet aan de voorwaarde in artikel 4.2 sub f van de Voorwaarden, omdat Consument niet minstens 16 uur per week heeft gewerkt voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid voor rugklachten.

- De claim voor rugklachten komt bovendien niet in aanmerking op grond van voorkennis. Gezien de vermelding van rugklachten vanaf 2000 in de medische stukken en het feit dat de rug van Consument is 'vastgezet', was Consument 12 maanden voor het aangaan van de verzekering van de rugklachten op de hoogte.

- Wat de wettelijke rente betreft, is geen sprake van een handelsovereenkomst, zodat geen wettelijke handelsrente verschuldigd zou zijn. Bovendien is voor wettelijke rente vereist dat Aangeslotene met betaling van de uitkeringen in verzuim is. Gesteld noch gebleken is dat van verzuim sprake is. Bovendien is Aangeslotene op grond van artikel 12.3 van de Voorwaarden pas aan het einde van een schadeperiode een uitkering verschuldigd.

#### **4. Beoordeling**

*Na de zitting voorgestelde vorderingen en verweren*

4.1 Zowel Consument als Aangeslotene zijn na de zitting met nieuwe vorderingen respectievelijk verweren gekomen. De Commissie zal daar aan voorbij gaan nu deze standpunten kennelijk werden ontwikkeld om te onderzoeken of een schikking kon worden bereikt. Partijen zijn het echter niet eens geworden.

*Claim voor schouderklachten en claim voor rugklachten (polisvoorwaarden)*

4.2 De Commissie beoordeelt allereerst de vraag of Consument op grond van de Voorwaarden slechts een uitkering kan ontvangen vanwege de schouderklachten, dan wel of ook de rugklachten meegenomen moeten worden in de beoordeling.

4.3 Aangeslotene doet allereerst een beroep op artikel 4.5 van de Voorwaarden. Hierin staat onder meer dat Consument, als zij eerder een claim heeft ingediend wegens arbeidsongeschiktheid en deze claim is niet toegewezen om welke reden dan ook, zij pas opnieuw een claim indienen als zij 30 dagen volledig en aaneengesloten heeft gewerkt als het gaat om een andere reden voor de arbeidsongeschiktheid. Aangeslotene heeft toegelicht dat de bedoeling van de bepaling is dat de uitkering niet doorloopt van de ene ziekte in de andere ziekte. Dit staat echter niet in de bepaling. De Commissie kan de bepaling niet anders begrijpen dan dat de verzekerde slechts aan de voorwaarden van 30 dagen aaneengesloten werken moet voldoen indien de eerdere claim niet is toegewezen om welke reden dan ook. Daarvan is in onderhavige situatie geen sprake nu de eerdere claim (voor schouderklachten) wel is toegewezen. Artikel 4.5 van de Voorwaarden is naar het oordeel van de Commissie niet op de onderhavige situatie van toepassing. Als Aangeslotene een andere bedoeling had met haar bepaling, had het op haar weg gelegen, als opsteller van de Voorwaarden, om dit duidelijk in de Voorwaarden op te schrijven.

4.4 Vervolgens doet Aangeslotene een beroep op artikel 4.2 sub f van de Voorwaarden. Hierin staat dat Consument voordat zij arbeidsongeschikt werd, minstens 16 uur per week moet hebben gewerkt als zelfstandig ondernemer. De Commissie ziet niet in hoe deze bepaling de claim voor rugklachten verhindert. Onbetwist staat vast dat Consument voordat zij arbeidsongeschikt werd in februari 2009, 16 uur per week werkte. Indien Aangeslotene bedoelde dat Consument 16 uur per week diende te werken voorafgaand aan iedere claim voor arbeidsongeschiktheid, dus voordat de rugklachten werden geclaimd, dan had zij dat duidelijker in haar Voorwaarden op moeten nemen. Hierbij heeft te gelden dat indien onduidelijkheid zou bestaan omtrent de vraag welke arbeidsongeschiktheid bedoeld wordt in deze bepaling, de

uitleg contra-proferentem geschiedt waarbij de voor de verzekerde meest gunstigste interpretatie prevaleert.

- 4.5 In samenhang met bovenstaande doet Aangeslotene een beroep op artikel 4.2 sub I van de Voorwaarden. Hierin staat dat Consument per schadeclaim slechts voor één specifieke claim uit arbeidsongeschiktheid een beroep kan doen op deze verzekering. Ook hierbij heeft te gelden dat indien onduidelijkheid zou bestaan omtrent de vraag welke claim bedoeld wordt in deze bepaling, de uitleg contra-proferentem geschiedt waarbij de voor de verzekerde meest gunstige interpretatie prevaleert. De Commissie begrijpt deze bepaling als volgt. Per claim die een verzekerde indient (in het geval van Consument was dat de claim voor schouderklachten en de claim voor rugklachten) wordt voor de vaststelling van de (hoogte van de) uitkering naar die specifieke claim gekeken. Claims kunnen aldus niet gecombineerd worden ingediend. Hierin staat echter niet dat Consument niet meer dan 1 claim mag indienen. De Commissie acht voldoende onderbouwd dat Consument de claim voor rugklachten, ondanks het door Aangeslotene betoogde ontbreken van een schadeaanvraagformulier, bij Aangeslotene heeft ingediend. Het is aan het handelen van Aangeslotene te wijten dat zij Consument heeft medegedeeld dat geen schadeformulier ingevuld hoefde te worden.
- 4.6 Tot slot beroept Aangeslotene zich op schending van de mededelingsplicht door Consument, omdat zij op het moment van ondertekening van het aanvraagformulier volgens Aangeslotene ten onrechte geen melding zou hebben gemaakt van rugklachten. In het aanvraagformulier staat het volgende: *“ik bewust ben van het feit dat ik op grond van de polisvoorwaarden geen recht heb op een uitkering voor alle ziekten of aandoeningen waarvoor ik de afgelopen 12 maanden mijn huisarts of specialist heb geraadpleegd en voor alle ziekten en aandoeningen waarvan ik de afgelopen 12 maanden op de hoogte was of had kunnen zijn.”* De Commissie leest hier allereerst geen mededelingsplicht in, maar een verklaring dat Consument bewust is van de uitsluiting zoals weergegeven in artikel 4.4 sub c van de Voorwaarden. Het beroep van Aangeslotene op artikel 4.4 sub c en d van de Voorwaarden treft evenmin doel. Niet is gebleken dat Consument in de periode van 12 maanden vóór de ingangsdatum van de Verzekeringen door een huisarts of specialist is behandeld of onder medische controle staat, noch is gebleken dat Consument in de 24 maanden voor de ingangsdatum van de Verzekeringen een ziekte, aandoening, gebrek of letsel had waarvoor zij gedurende deze 24 maanden (na)controles en/of (na)behandelingen heeft gehad of had moeten hebben. De Commissie is niet gebleken dat de rugproblematiek in 2006, 2007 en begin 2008 bij Consument speelde, noch dat zij daarvoor toen onder behandeling stond. Aangeslotene komt wegens onvoldoende onderbouwing geen beroep toe op deze afwijzingsgrond.
- 4.7 Op grond van het bovenstaande ziet de Commissie geen aanleiding om de claim voor rugklachten niet mede in aanmerking te nemen voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

*Beoordeling grond voor intrekken van recht op uitkering (medische rapporten)*

- 4.8 De aard van een verzekeringsovereenkomst als de onderhavige brengt mee dat een verzekeraar de aanspraak op of voortzetting van een uitkering niet dan na een

behoorlijk onderzoek kan afwijzen c.q. beëindigen met vermelding van de gronden waarop hij die afwijzing doet steunen. Wanneer de verzekeraar zijn afwijzing van de aanspraak op of voortzetting van een uitkering doet steunen op een rapport van een door hem aangezochte geneeskundige die de verzekerde heeft onderzocht, dan dient dit rapport naar zijn wijze van totstandkoming en zijn inhoud te voldoen aan de daarvoor aan te leggen professionele standaard.

- 4.9 Daarnaast geldt dat ook op grond van de Voorwaarden, alsmede blijkend uit de processtukken van Aangeslotene, het Aangeslotene is die een deskundige benoemt om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen na 2 jaar arbeidsongeschiktheid. In artikel 4.2 sub n van de Voorwaarden is geregeld dat het recht op uitkering vervalt indien uit de medische expertise blijkt dat de verzekerde zijn professionele activiteiten kan hervatten. Op grond van artikel 4.3 lid 4 van de Voorwaarden vervalt het recht op uitkering na 2 jaar arbeidsongeschiktheid indien de mate van arbeidsongeschiktheid voor passende arbeid minder dan 35% is. Voor het intrekken van het recht op uitkering zal naar oordeel van de Commissie aldus eerst een deugdelijk medisch rapport bij Aangeslotene bekend moeten zijn waaruit volgt dat de arbeidsongeschiktheid minder dan 35% bedraagt.
- 4.10 In het onderhavige geval oordeelt de Commissie dat het door Aangeslotene gebezigde rapport van X niet aan de aan te leggen standaard voldeed. Het rapport van X is onvoldoende volledig met betrekking tot zowel de anamnese als de bevindingen bij lichamelijk onderzoek om zijn conclusies te kunnen onderbouwen. Bovendien had X een belastbaarheidspatroon op moeten stellen op basis waarvan een arbeidsdeskundige kan beoordelen of en zo ja in welke mate er sprake is van arbeidsgeschiktheid voor het eigen werk dan wel passende werkzaamheden. X had niet op de stoel van de arbeidsdeskundige mogen gaan zitten. De Commissie sluit zich in zoverre aan bij de conclusies van de medisch adviseur van de Ombudsman.
- 4.11 Dat X zijn onderzoek niet juist heeft uitgevoerd, waardoor hij zijn conclusies niet heeft onderbouwd, komt voor rekening en risico van Aangeslotene. Op 24 februari 2012 had Aangeslotene derhalve nog geen deugdelijke grond om het recht op uitkering in te trekken en is de uitkering dus ten onrechte gestopt.
- 4.12 Op advies van de Ombudsman heeft Aangeslotene vervolgens een onderzoek laten uitvoeren door Y. De Commissie is van oordeel dat Y, in tegenstelling tot X, wel een degelijk uitgebreid verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft uitgevoerd. Hij heeft een voldoende uitgebreide anamnese (waaronder dagverhaal) gemaakt en de klachten uitgediept en vervolgens vertaald in een lijst met beperkingen. Bovendien hebben beide partijen ingestemd met het onderzoek van Y. De Commissie oordeelt dan ook dat het rapport van Y, gezien de gezamenlijke instemming en de inhoud van het rapport, als voldoende deugdelijke basis kan dienen voor een arbeidsdeskundig onderzoek naar de mate van arbeidsongeschiktheid ten tijde van het onderzoek op 14 juni 2013. Zoals Aangeslotene terecht stelt, kan het rapport van X Consument niet baten, nu de huisarts niet als onpartijdig kan worden aangemerkt en het bovendien aan een arbeidsdeskundige is de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen.

- 4.13 Aangeslotene is na ontvangst van het rapport van arbeidsdeskundige Z van 17 september 2013 bekend geworden met de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument ten aanzien van de schouderklachten. Nu het onderzoek van 17 september 2013 slechts uitgaat van de schouderklachten en de Commissie hierboven tot het oordeel is gekomen dat zowel de schouderklachten als de rugklachten in beschouwing dienden te worden genomen, kan het rapport van Z van 17 september 2013 niet als grond dienen voor het intrekken van het recht op uitkering.
- 4.14 Het rapport van Z van 11 juli 2014 kan evenmin dienen als grond voor het intrekken van het recht op uitkering. Consument heeft in de onderhavige procedure de nodige bezwaren tegen het onderzoek van Z ingebracht. Zo heeft Z Consument niet onderzocht ten behoeve van het onderzoek van 11 juli 2014, noch de resultaten daarvan met Consument besproken; het rapport is bovendien op punten van belastbaarheid onvolledig en er bestaat bij Consument grote twijfel over de onpartijdigheid van Z. In haar eerste rapport van 17 september 2013 liet zij zich immers al voorafgaand aan het onderzoek duidelijk uit over de conclusie die ze zou gaan trekken. De Commissie merkt bovendien daarbij nog op dat het rapport van 11 juli 2014 vrijwel identiek is aan c.q. minimaal afwijkt van het rapport van 17 september 2013.
- 4.15 Naar het oordeel van de Commissie rechtvaardigt de kritiek van Consument op het onderzoek van Z een door Aangeslotene te entameren nieuw arbeidsdeskundig onderzoek door een onafhankelijke arbeidsdeskundige. Aangeslotene dient bij het inschakelen van een arbeidsdeskundige rekening te houden met eventuele bezwaren van Consument tegen de aanwijzing van een bepaalde arbeidsdeskundige (vanwege bijvoorbeeld twijfel over onafhankelijkheid of deskundigheid).
- 4.16 De Commissie acht de vordering van Consument ten aanzien van de doorbetaling van de uitkeringen vanaf 24 februari 2012 toewijsbaar, met dien verstande dat het recht op uitkeringen door Aangeslotene gegrond kan worden ingetrokken op het moment dat een nieuw arbeidsdeskundig rapport daartoe aanleiding geeft. Overigens kunnen ook andere gronden leiden tot het gerechtvaardigd stoppen van de uitkeringen, zoals een opzegging van de overeenkomst.

#### *Wettelijke rente*

- 4.17 Ten aanzien van de door Consument gevorderde wettelijke rente geldt op grond van artikel 6:119 Burgerlijk Wetboek (BW) dat wettelijke rente verschuldigd is wegens vertraging in de voldoening van een geldsom over de tijd dat de schuldenaar met de voldoening daarvan in verzuim is.
- 4.18 De Commissie overweegt dat Aangeslotene vanwege het ten onrechte intrekken van het recht op uitkering per uitkeringstermijn in verzuim was op het moment dat de uitkering moest worden betaald. Consument kon uit de mededelingen van Aangeslotene immers afleiden dat deze in de nakoming van de verbintenis tekort zou schieten (artikel 83 sub c BW) nu Aangeslotene weigerde de uitkering voort te zetten. Op grond van artikel 12.4 van de Voorwaarden vindt de uitkering maandelijks en achteraf plaats. Dit betekent dat Aangeslotene steeds aan het einde van de maand in verzuim is geweest met de betaling van de uitkeringstermijn, beginnend eind maart



2012. Nu Consument is aan te merken als een particulier c.q. consument, wijst de Commissie de wettelijke rente voor niet-handelstransacties toe en neemt daarbij als uitgangspunt de datum van elke verzuimde betalingstermijn.

#### *Klachtgeld*

- 4.19 Nu Consument in het gelijk wordt gesteld, dient Aangeslotene tevens het door Consument betaalde klachtgeld ad € 50,- voor de behandeling van dit geschil aan Consument te vergoeden
- 4.20 Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven. Het meer of anders gevorderde zal worden afgewezen.

### **5. Beslissing**

De Commissie beslist bij bindend advies dat Aangeslotene binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument vergoedt de uitkeringstermijnen van 3 x € 600,- per maand vanaf 24 februari 2012 tot aan de dag dat Aangeslotene een deugdelijke grond voor intrekking van de uitkering heeft in de vorm van een deugdelijk arbeidsdeskundig rapport (althans voor zover geen andere grond meebrengt dat met uitkering gestopt mag worden, zoals opzegging), met rente gelijk aan de wettelijke niet-handelsrente per uitkeringstermijn tot aan de dag van algehele voldoening, en met vergoeding aan de Consument van diens eigen bijdrage aan de behandeling van deze klacht, zijnde € 50,-.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor [kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan](http://kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan).