

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-308 d.d.  
26 oktober 2015  
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries, leden en  
mr. R. de Kruif, secretaris)**

**Samenvatting**

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Geen sprake van een door de verzekering gedekt evenement, waarbij niet aannemelijk is geworden dat Aangeslotene een onjuiste beoordeling heeft gedaan. De Commissie wijst de vordering af.

Consument,

tegen

Delta Lloyd Schadeverzekering N.V., gevestigd te Amsterdam, hierna te noemen Aangeslotene.

**1. Procesverloop**

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

- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende vragenformulier met bijlagen van 11 februari 2015;
- de brief van Consument van 27 januari 2015;
- het verweerschrift d.d. 16 april 2015 van Aangeslotene;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Aangeslotene;
- de spreekantekeningen van de gemachtigde van Aangeslotene, overgelegd ter zitting.

De Commissie stelt vast dat tussenkomst van de Ombudsman Financiële Dienstverlening niet tot oplossing van het geschil heeft geleid en dat partijen haar advies als bindend aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 12 oktober 2015 en zijn aldaar verschenen.

**2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 2.1. Consument heeft bij Aangeslotene, handelend onder de naam OHRA Inkomensverzekeringen, sinds 1 oktober 2005 een arbeidsongeschiktheidsverzekering lopen. Met ingang van 1 april 2012 heeft Consument een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten, welke na de eerste contractvervaldatum van 1 april 2013 telkens met 12 maanden wordt verlengd. Van toepassing zijn de Polisvoorwaarden OHRA Arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de Voorwaarden).

- 2.2. De dekking is beperkt tot Rubriek A (eerstejaarsrisico) met een eigen risicotermin van 90 dagen. De verzekering kent voorts een verhoogde uitkeringsdrempel tegen premiekorting (clausule I239A). In verband daarmee geldt in afwijking van de Voorwaarden dat pas bij een arbeidsongeschiktheid vanaf 45% recht bestaat op een uitkering.
- 2.3. In artikel 3.1 van de Voorwaarden is onder andere het volgende opgenomen:  
*“Begrip 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.  
(...)”*
- 2.4. Op 24 juli 2012 meldt Consument zich ziek bij Aangeslotene. Aangeslotene is uitgegaan van een arbeidsongeschiktheid van 100% en de wachttijd van 90 dagen (eigen risico) is aangevangen.
- 2.5. Naar aanleiding van de ziektemelding van Consument heeft Aangeslotene bij brief van 31 augustus 2012 Consument uitgenodigd voor een medisch onderzoek door [bedrijf] B.V., welk onderzoek op 11 september 2012 heeft plaatsgevonden. Daarna heeft [bedrijf 1] op 8 november 2012 gerapporteerd over het door haar uitgevoerde arbeidsdeskundig onderzoek en advies uitgebracht. De mate van arbeidsongeschiktheid heeft de arbeidsdeskundige vastgesteld op 80 tot 100%.
- 2.6. Bij brief van 25 november 2012 heeft Aangeslotene het volgende bericht:  
*“U hebt ons gevraagd of het akkoord is dat u 28 november 2012 voor 4 weken op vakantie gaat. Dit is wat Delta Lloyd betreft akkoord.”*
- 2.7. Op 28 december 2012 heeft Aangeslotene de uitkering stopgezet, omdat Consument te kennen heeft gegeven langer in het buitenland te zullen verblijven. Per emailbericht van 19 februari 2013 bericht Consument aan Aangeslotene dat hij op 1 maart 2013 weer in Nederland is.
- 2.8. Na de terugkeer van Consument uit het buitenland op 1 maart 2013 heeft, geïnitieerd door Aangeslotene, een specialistisch onderzoek plaatsgevonden door [bedrijf 2]. Consument heeft aldaar op 22 april 2013 en 1 mei 2013 gesprekken gehad en de psychiater van [bedrijf 2] heeft op 29 mei 2013 zijn bevindingen gerapporteerd. Op grond van dit rapport heeft de medisch adviseur van Aangeslotene geconcludeerd dat geen sprake is van een objectief medisch vast te stellen stoornis in relatie tot ziekte of ongeval op grond waarvan beperkingen konden worden aangehouden voor het verrichten van arbeid.
- 2.9. Met ingang van 1 maart 2013 heeft Aangeslotene de uitkering stopgezet.
- 2.10. Bij brief van 18 augustus 2013 maakt Consument bezwaar tegen het standpunt van Aangeslotene en doet een nieuwe ziekmelding. De huisarts heeft een verklaring d.d. 4 september 2013 naar de medisch adviseur van Aangeslotene verzonden. Ook de behandelend psycholoog heeft een verklaring d.d. 28 september 2013 overgelegd.
- 2.11. De medisch adviseur van Aangeslotene houdt de aanvullende informatie voor aan de betrokken specialist van [bedrijf 2], die bij brief van 4 november 2013 als volgt reageert:  
*“Op basis van de toegevoegde informatie zie ik geen reden om mijn conclusie over de situatie gedurende mijn expertise te wijzigen.”*
- 2.12. Bij brief van 13 november 2013 deelt Aangeslotene aan Consument mede dat zij haar eerder ingenomen standpunt, ook na de door en namens Consument ingezonden informatie, handhaaft en geen reden ziet om het arbeidsongeschiktheidspercentage met terugwerkende kracht aan te passen.

2.13. Vervolgens ontstaat een geschil tussen Consument en Aangeslotene dat heeft geleid tot een procedure bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening. Daarbij is advies ingewonnen van de medisch adviseur van Kifid (rapportage van 10 juli 2014). De uiteindelijk door de Ombudsman gedane aanbeveling om ook uitkering te verstrekken over de periode 1 maart 2013 tot 30 april 2013 heeft Aangeslotene opgevolgd.

### **3. De vordering en grondslagen**

3.1. Consument vordert dat Aangeslotene alsnog overgaat tot vergoeding van de uitkering over de periode van 1 mei 2013 tot en met 31 december 2013 op basis van 100% arbeidsongeschiktheid.

3.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:

- Het gegeven dat de psychiater van [bedrijf 2] begin mei 2013 geen medisch objectiveerbare stoornis vast heeft kunnen stellen, betekent niet dat er geen sprake meer was van arbeidsongeschiktheid. In zijn geval was op dat moment weldegelijk sprake van arbeidsongeschiktheid (van meer dan 45%). Door alle (medisch) betrokkenen is geconstateerd dat sprake was van een burn-out/depressie. Aangeslotene heeft ten onrechte alleen gekeken naar de achterliggende oorzaken van zijn ziekte.
- Bij de beantwoording van de vraag of sprake is van een objectief medisch vast te stellen stoornis wordt ten onrechte uitgegaan van de subjectieve inschatting van een door Aangeslotene ingeschakelde specialist die zijn oordeel bovendien slechts heeft gebaseerd een contactmoment van een uur.
- Aangeslotene had na de nieuwe ziekmelding in augustus 2013 in ieder geval een nieuwe keuringsprocedure moeten opstarten, omdat Consument aangegeven had dat zijn klachten in de periode juni-augustus 2013 waren verergerd.
- Aangeslotene heeft procedurele en inhoudelijke fouten gemaakt die niet alleen hebben geleid tot het ten onrechte stopzetten van zijn uitkering, maar ook op zijn minst niet hebben bijgedragen tot het versnellen van het herstel van Consument.

3.3. Op de stellingen die Aangeslotene tot verweer heeft opgeworpen, wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

### **4. Beoordeling**

4.1. De klacht van Consument valt uiteen in twee onderdelen:

- Heeft Aangeslotene de uitkering van Consument op goede gronden per 1 mei 2013 beëindigd?
- Heeft Aangeslotene de nieuwe ziekmelding per 18 augustus 2013, in verband met toegenomen gezondheidsklachten, adequaat en zorgvuldig beoordeeld?

- 4.2. Wat betreft het eerste onderdeel van de klacht van Consument is de Commissie van oordeel dat Aangeslotene op goede gronden de uitkering per 1 mei 2013 heeft beëindigd. Van belang hierbij is dat in de toepasselijke Voorwaarden is opgenomen dat uitsluitend sprake is van arbeidsongeschiktheid indien in relatie tot ziekte of ongeval een objectief medisch vast te stellen stoornis bestaat waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Uit het rapport van 29 mei 2013 blijkt dat de psychiater van [bedrijf 2] geen medisch objectiveerbare stoornis heeft kunnen vaststellen. De conclusie van Aangeslotene dat dus geen sprake (meer) is van arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in de Voorwaarden, acht de Commissie dan ook niet onjuist. Dat Consument zich op dat moment kennelijk niet in staat achtte om arbeid te verrichten en onder behandeling stond van een psycholoog, maakt het voorgaande niet anders. Terecht merkt Aangeslotene op dat het voor de behandelende sector niet relevant is of sprake is van een door een arbeidsongeschiktheidsverzekering gedekt evenement, omdat de (noodzaak voor een) geneeskundige behandeling niet afhankelijk is van een dergelijke beoordeling.
- 4.3. Anders dan Consument stelt, betekent het gegeven dat de psychiater van [bedrijf 2] zijn oordeel (slechts) heeft gebaseerd op gegevens verzameld in twee gesprekken (namelijk op 22 april 2013 en 1 mei 2013) van één à anderhalf uur, niet dat daardoor (automatisch) geen sprake meer is van een juist oordeel. Nog los van het feit dat het inherent aan het systeem is dat uitgegaan dient te worden van relatief korte beoordelingsmomenten, heeft Consument geen inhoudelijke kritiek geleverd op de uitgevoerde expertise of (medische) stukken overgelegd op grond waarvan aan de juistheid of objectiviteit van de bevindingen van de psychiater van [bedrijf 2] getwijfeld dient te worden. Ook overigens is niet aannemelijk geworden dat de psychiater van [bedrijf 2] geen onafhankelijk oordeel heeft gegeven.
- 4.4. Wat betreft de nieuwe ziekmelding van Consument per 18 augustus 2013 vanwege verergerde gezondheidsklachten, welke hij (later) heeft onderbouwd met een verklaring van zijn psycholoog en huisarts, merkt de Commissie op dat Aangeslotene deze melding wel in behandeling heeft genomen door de aanvullende informatie voor te leggen aan de psychiater van [bedrijf 2]. Die heeft daarin echter geen reden gezien om zijn eerdere conclusie - namelijk dat volgens hem bij Consument geen sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis in relatie tot ziekte of ongeval- te wijzigen. Uit de brief van 13 november 2013 van Aangeslotene blijkt voorts dat de ontvangen (medische) informatie ook bij haar eigen medisch adviseur niet heeft geleid tot nieuwe inzichten.
- 4.5. Hoewel Aangeslotene de specialist van [bedrijf 2] om een meer uitvoerige reactie had kunnen verzoeken of, nog grondiger, Consument voor een nadere onderzoek op had kunnen laten roepen, acht de Commissie het gelet op de overgelegde stukken en het gebrek aan (nadere) bewijsstukken daaromtrent niet aannemelijk dat op dat moment sprake was van een arbeidsongeschiktheid in de zin van de Voorwaarden van boven de (hoge) drempel van 45%. Voor zover derhalve al sprake is geweest van onvoldoende zorgvuldigheid in het handelen van Aangeslotene, is het desondanks niet aannemelijk geworden dat een meer zorgvuldige benadering van Aangeslotene tot een ander oordeel aangaande de arbeidsongeschiktheid van Consument zou hebben geleid.
- 4.6. De conclusie is dat niet aannemelijk is geworden dat Aangeslotene jegens Consument zodanig tekort is geschoten dat zij gehouden is Consument alsnog een uitkering te verstrekken over de periode van 1 mei 2013 tot en met 31 december 2013. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vordering af.

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 <https://www.kifid.nl/consumenten/klacht-voor-1-oktober-2014-bij-kifid-ingediend>.