

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-318  
(mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. B.F. Keulen en dr. B.C. de Vries en mr. S.W.A. Kelterman, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 1 oktober 2014  
Ingesteld door : Consument  
Tegen : Aegon Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen  
Verzekeraar  
Datum uitspraak : 3 november 2015  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Verzekeraar heeft na een melding op 15 november 2012 van arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten eerst informatie ingewonnen bij de huisarts en fysiotherapeut. Na een MRI-onderzoek medio maart 2013 adviseerde de medisch adviseur om een orthopedische herexpertise te laten uitvoeren. Bij het onderzoek op 18 juli 2013 werden geen objectieve afwijkingen gevonden ter verklaring van de klachten. Als gevolg van de chroniciteit en de sterke deconditionering waren echter wel beperkingen aannemelijk bij statisch bukken, tillen en dragen. Verzekeraar heeft uitkering geweigerd omdat een arbeidsdeskundige had vastgesteld dat verzekerde minder dan 25% arbeidsongeschikt was. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar door pas in april 2013 een eigen onderzoek te arrangeren tekort is geschoten in de uitvoering van zijn verplichtingen, voortvloeiende uit de verzekeringsovereenkomst, te weten de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid alsmede de omvang en de duur van de uitkering (artikel 4.7.1 van de verzekeringsvoorwaarden). Hierdoor is Consument in zijn redelijke belangen geschaad, met name doordat de beperkingen die hij ondervond als gevolg van zijn rugklachten vanaf 12 november 2012 ten tijde van het onderzoek op 18 juli 2013 niet meer konden worden vastgesteld. Nu de mogelijkheid van een acute verergering van de rugklachten niet is uitgesloten en Verzekeraar deze onvoldoende heeft weerlegd, ziet de Commissie aanleiding de vordering van Consument gedeeltelijk toe te wijzen, namelijk voor een periode van volledige arbeidsongeschiktheid van twee maanden vanaf 12 november 2012, waarbij Verzekeraar bij de vaststelling van de uitkering rekening kan houden met de eigen risicotermijn van 14 dagen.

## **I. Procesverloop**

De Commissie beslist met inachtneming van het Reglement Ombudsman en Geschillen-commissie Financiële Dienstverlening en op basis van de volgende stukken:

- De klachtbrief van Consument d.d. 12 september 2014 en het door Consument op 15 oktober 2014 ondertekende klachtformulier met bijlagen;
- het verweer van Verzekeraar d.d. 6 januari 2015;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- het advies van de door Kifid geraadpleegde externe medisch deskundige d.d. 27 mei 2015;
- de reactie daarop van Verzekeraar d.d. 11 juni 2015;
- het vervolgadvies van de medisch deskundige d.d. 28 juni 2015;
- het e-mailbericht van Verzekeraar d.d. 20 oktober 2015 met het arbeidsdeskundig rapport d.d. 1 oktober 2015.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 26 oktober 2015 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende feiten.

2.1 Consument had bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten in zijn beroep van automonteur met dekking 'Arbidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen'. De polis kent een eigen risicotermijn voor het eerstejaarsrisico van 14 dagen en een eindleeftijd van 65 jaar. De verzekerde bedragen voor het verzekeringsjaar 7 juli 2012 - 7 juli 2013 waren €55.699,00 voor het eerstejaarsrisico en €39.785,00 voor het na-eerstejaarsrisico.

2.2 In de verzekeringsvoorwaarden model nr. 1422 zijn - voor zover hier van belang - de volgende bepalingen opgenomen:

- 4.7.1 *De mate van arbeidsongeschiktheid alsmede de omvang en de duur van de uitkering zullen door AEGON worden vastgesteld aan de hand van gegevens van door AEGON aangewezen medische en andere deskundigen. De uitkomst zal zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle noodzakelijke gegevens worden meegedeeld. Als hiertegen niet binnen 30 dagen bezwaar is gemaakt, mag en zal AEGON ervan uitgaan dat met het stand-punt akkoord wordt gegaan.*
- 4.7.2 *Verzekerd is ter zake van arbeidsongeschiktheid een van dag tot dag te verkrijgen periodieke uitkering, die per dag 1/365<sup>e</sup> deel van het verzekerde bedrag bedraagt. AEGON zal telkens na 1 kalendermaand voor betaling zorg dragen.*

*Bijzondere Voorwaarden Variant 4: 'Arbidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen'*

### *1. Begripsomschrijving*

#### *1.1 Arbidsongeschiktheid*

*1.1.1 Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, als er in directe relatie tot een ongeval of ziekte, medisch objectieveerbare stoornissen of psychische aandoeningen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken. Er geldt als voorwaarde dat er sprake moet zijn van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.*

2.3 Op 15 november 2012 meldde Consument zich bij zijn assurantietussenpersoon met ingang van 12 november 2012 volledig arbeidsongeschikt wegens rugklachten. Hij heeft op die dag ook de huisarts bezocht. De melding is op diezelfde dag aan Verzekeraar doorgegeven.

- 2.4 Op 10 december 2012 heeft een casemanager van Verzekeraar telefonisch contact met Consument opgenomen. Het gesprek is op 12 december 2012 bevestigd. Een bureau, gespecialiseerd in medische advisering, zou in opdracht van Verzekeraar de medische situatie in kaart brengen. Op 20 december 2012 vroeg de assurant tusschenpersoon van Consument Verzekeraar om hem de gegevens te verstrekken van een medisch onderzoek, waaronder een MRI-scan, dat in het verleden had plaatsgevonden.
- 2.5 Op 10 januari 2013 verstrekke de Bowen Therapeut van Consument aan de medisch adviseur van Verzekeraar informatie over de behandeling in de periode vanaf 12 november 2012. De medisch adviseur gaf daarop in zijn advies d.d. 21 januari 2013 de volgende beoordeling:
- ‘De thans ontvangen informatie is summier maar geeft geen aanleiding ernstige pathologie te vermoeden. Verzekerde is nu 2 maanden arbeidsongeschikt en in principe zou nu, bij specifieke lage rugklachten, geleidelijke werkhervatting aan de orde moeten zijn. Ik wacht de informatie van de huisarts af.’*
- Met betrekking tot het percentage arbeidsongeschiktheid vermeldde hij: *‘Acute rug-klachten kunnen volledige arbeidsongeschiktheid geven maar zijn in principe van tijdelijke aard.’*
- 2.6 Consument vroeg op 30 januari 2013 nogmaals om de gegevens van de uitslag van het MRI-onderzoek in 2010. Op 13 maart 2013 deelde Consument Verzekeraar mee, dat de huisarts een nieuw MRI-onderzoek wenste en dat dit kort daarna zou plaatsvinden. Verzekeraar reageerde daarop met de mededeling dat zijn medisch adviseur daarna nieuwe informatie zou opvragen en advies zou uitbrengen, waarna Consument zou worden geïnformeerd.
- 2.7 Op 28 maart 2013 berichtte de huisarts van Consument de medisch adviseur van Verzekeraar dat op 15 maart 2013 een MRI-LWK was gemaakt om HNP uit te sluiten. De huisarts stelde vast dat er duidelijke afwijkingen waren met bij belasting veel klachten. De beperkingen t.o.v. 2010 waren toegenomen. Er waren eerder in het verleden twee-maal orthopedische expertises verricht. De eerste in 2008, de tweede op 11 augustus 2011. De medisch adviseur van Verzekeraar adviseerde op 10 april 2013 om een orthopedische herexpertise te laten uitvoeren. Na intern overleg handhaafde de medisch adviseur zijn advies (notitie d.d. 26 april 2013).
- 2.8 Op 26 april 2013 meldde Consument zich voor 25% hersteld. Diezelfde dag deelde Verzekeraar hem mee, dat op basis van het advies van de medisch adviseur een expertisearts was ingeschakeld om de gezondheidssituatie te beoordelen.
- 2.9 Op of kort vóór 13 mei 2013 liet Consument Verzekeraar weten dat hij bezwaren had tegen de genoemde expertisearts in verband met slechte ervaringen in het verleden. Op verzoek van Consument is daarop een andere medisch specialist (orthopedisch chirurg) ingeschakeld.

- 2.10 Vanaf 15 juli 2013 was Consument volgens eigen opgave voor 50% hersteld. In opdracht van Verzekeraar heeft op 18 juli 2013 het medisch-specialistisch onderzoek plaatsgevonden. In het rapport d.d. 17 september 2013 werd de vraag of betrokkene door de gestelde diagnose belemmerd werd in zijn functioneren en zo ja, welke beperkingen betrokkene moeten worden opgelegd als volgt beantwoord: *'Op basis van het ontbreken van objectieveerbare afwijkingen die een verklaring vormen voor de klachten van betrokkene mag ik volgens de vigerende richtlijnen geen beperkingen toekennen. Als gevolg van de chroniciteit en de sterke deconditionering zijn echter wel beperkingen aannemelijk bij statisch bukken, tillen en dragen.'* Met inachtneming van deze bevindingen heeft de medisch adviseur van Verzekeraar op 19 september 2013 een belastbaarheidspatroon opgesteld.
- 2.11 Op 15 oktober 2013 heeft Verzekeraar Consument meegedeeld, dat uit de verkregen medische informatie was gebleken dat Consument vóór de ingangsdatum van de verzekering rugklachten heeft gehad. Dat was Verzekeraar niet bekend bij het aangaan van de verzekering per 7 juli 1987. Er zou een onderzoek worden ingesteld om te kunnen beoordelen of de eerdere klachten gevolgen zouden hebben voor de verzekering. Op 14 november 2013 is Consument meegedeeld dat Verzekeraar aan de onvolledige informatie bij het aanvragen van de verzekering geen gevolgen voor de polis zou verbinden. In diezelfde brief werd een bezoek van een arbeidsdeskundige aangekondigd om de beperkingen van Consument, die waren vastgelegd in een belastbaarheidsprofiel, in relatie te brengen met zijn werkzaamheden.
- 2.12 Tijdens het bezoek van een arbeidsdeskundige op 16 januari 2014 gaf Consument aan dat hij weer volledig arbeidsgeschikt was. De arbeidsdeskundige kwam tot de conclusie dat verzekerde voor minder dan 25% ongeschikt was tot het verrichten van de werkzaamheden zoals deze in de regel en redelijkerwijs zijn verbonden aan het verzekerde beroep. Verzekeraar heeft Consument op 13 februari 2014 meegedeeld, dat hij minder dan 25% arbeidsongeschikt werd geacht. Een verzoek van Consument d.d. 25 april 2014 om beoordeling van het dossier door een onafhankelijke arts-specialist is niet gehonoreerd; Verzekeraar gaf hem op 10 juli 2014 te kennen het standpunt te handhaven dat geen recht bestaat op uitkering, ook niet in de geclaimde periode voorafgaand aan de medische expertise. De medisch adviseur had aangegeven dat er geen reden is om aan te nemen dat de medische situatie in de periode vóór de expertise anders was dan tijdens de expertise. Er was geen verklaring voor het feit dat Consument in 2014 zijn werk volledig heeft hervat en dat daarvoor niet kon.
- 2.13 Een externe deskundige, een geneeskundig adviseur, is de volgende vraag voorgelegd: *'Heeft de maatschappij voldoende en op de juiste wijze (medische) informatie verzameld om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen en zo ja, is dat oordeel, mede gelet op de formulering van de dekking in de verzekeringsvoorwaarden, overeenkomstig hetgeen gebruikelijk is onder geneeskundig adviseurs hier te lande?'*

De deskundige heeft deze vraag in een advies d.d. 27 mei 2015 als volgt beantwoord:  
*'De maatschappij heeft medisch op voldoende en op de juiste wijze (medische) informatie verzameld om tot een verantwoord oordeel te kunnen komen, aangaande de geclaimde blijvende AO van betrokkene. Aangaande de beginperiode van de AO had zij medisch gezien het dossier beter moeten opbouwen. Het medisch oordeel is, mede gelet op de formulering van de dekking van de verzekeringsvoorwaarden, correct en waarschijnlijk overeenkomstig hetgeen gebruikelijk is onder geneeskundig adviseurs hier te lande. Dergelijke dossiers zijn maatwerk; ergo van 'gebruikelijk' kan feitelijk niet worden gesproken. [...]*

In het advies is tevens de volgende beschouwing op het advies van de medisch adviseur van Verzekeraar d.d. 21 januari 2013 (zie r.o. 2.5) opgenomen:

*'Ook betrokkene zelf geeft aan dat er een acute periode is geweest; immers hij meldt Kifid in november 2012 'door de rug te zijn gegaan'. In theorie is het dus mogelijk dat betrokkene, los van zijn chronische klachten, een periode van acute lumbago heeft gehad, ergo dan toch recht heeft op een korte uitkering. Echter de opmerkingen van de huisarts en de Bowen therapeut wijzen niet echt in die richting, evenmin als de aantekeningen bij de telefonische intake. Als Verzekeraar geen enkele vorm van eigen medisch onderzoek heeft gedaan vlak na de melding dient betrokkene wellicht het voordeel van de twijfel te krijgen en dient minimaal toch te worden uitgegaan van een kortdurende volledige AO-periode van een tot twee maanden, conform de opmerking van de medisch adviseur van Verzekeraar. Na een dergelijke acute periode valt betrokkene terug in zijn chronische klachten.'*

2.14 Verzekeraar bevestigde in een brief d.d. 11 juni 2015 dat na 12 november 2012 geen uitkering aan Consument was verstrekt.

2.15 Volgens Verzekeraar had Consument op 30 september 2015 ten overstaan van een door Verzekeraar ingeschakelde arbeidsdeskundige wegens een nieuwe melding van arbeidsongeschiktheid door een aanrijding op 26 mei 2015 verklaard af te zien van alle voorgaande claims. In het arbeidsdeskundig rapport d.d. 1 oktober 2015 is hierover het volgende vermeld: *'Verzekerde geeft aan **uitsluitend** nog klachten en beperkingen te ondervinden **als gevolg van het ongeval**. Voor het ongeval waren geen beperkingen meer aanwezig. De huidige beperkingen zijn dus een ongevalsgevolg. De voorgaande claims laat verzekerde derhalve vervallen.'*

Consument heeft ter zitting verklaard dat hij niet begrijpt dat de arbeidsdeskundige een verklaring van die strekking in zijn rapport heeft opgenomen. Het was beslist niet de bedoeling om de claim bij Verzekeraar en de klacht bij Kifid in te trekken.

### **3. Vordering, klacht en verweer**

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert uitkering wegens arbeidsongeschiktheid in de periode 12 november 2012 tot 16 januari 2014.

### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de overeenkomst van arbeidsongeschiktheidsverzekering en is aansprakelijk voor de gevolgen daarvan.

3.3 Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- De behandeling van de claim heeft veel te lang geduurd. In de periode van 12 november 2012 tot 16 januari 2014 is slechts driemaal contact geweest met Verzekeraar. Pas op 13 februari 2014 is bericht van Verzekeraar ontvangen met betrekking tot de gevraagde uitkering. Consument heeft steeds volledig medewerking verleend.
- De medisch adviseur van Verzekeraar heeft niets gedaan met de brief van de huisarts naar aanleiding van de MRI-scan die in maart 2013 was verricht.

### *Verweer Verzekeraar*

3.4 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

Aan de schademelding d.d. 12 november 2012 was al meermaals uitval wegens rug-klachten voorafgegaan. Naar aanleiding van deze laatste schademelding is informatie opgevraagd binnen de behandelend sector. Daaruit bleek geen medische onder-bouwing voor de klachten van Consument. Vervolgens heeft een expertise plaats-gevonden door een orthopedisch chirurg, waarbij tevens een beperkingenprofiel is opgesteld. Daarna is een arbeidsdeskundige ingeschakeld. Naar aanleiding van diens bevindingen is Consument op 13 februari 2014 bericht dat de mate van arbeids-ongeschiktheid minder was dan 25% en derhalve geen recht bestond op uitkering.

## **4. Beoordeling**

4.1 Na de melding op 15 november 2012 van volledige arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten vanaf 12 november 2012 heeft Verzekeraar eerst - met schriftelijke toestemming van Consument - informatie gevraagd bij de huisarts en de behandelend therapeut.

Overeenkomstig adviezen van zijn medisch adviseur d.d. 10 en 26 april 2013 is eind april 2013 opdracht gegeven voor een medisch specialistisch onderzoek, dat op 18 juli 2013 heeft plaatsgevonden en waarvan het rapport op 17 september 2013 is opgemaakt. Inmiddels had Consument zich gedeeltelijk hersteld gemeld: voor 25% per 26 april 2013 en voor 50% per 15 juli 2013. Op basis van het op 19 september 2013 opgestelde belastbaarheidspatroon kwam de door Verzekeraar ingeschakelde arbeidsdeskundige op 16 januari 2014 tot de conclusie dat sprake was van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis van minder dan 25%. Consument is hiervan per brief d.d. 13 februari 2014 in kennis gesteld.

De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar door pas in april 2013 een eigen onderzoek te arrangeren tekort is geschoten in de uitvoering van zijn verplichtingen, voortvloeiende uit de verzekeringsovereenkomst, te weten de vaststelling van de mate van arbeids-ongeschiktheid alsmede de omvang en de duur van de uitkering (artikel 4.7.1 van de verzekeringsvoorwaarden).

Hierdoor is Consument in zijn redelijke belangen geschaad, met name doordat de beperkingen die hij ondervond als gevolg van zijn rugklachten vanaf 12 november 2012 ten tijde van het onderzoek op 18 juli 2013 niet meer konden worden vastgesteld.

4.2 Nu de mogelijkheid van een acute verergering van de rugklachten niet is uitgesloten en Verzekeraar deze onvoldoende heeft weerlegd, ziet de Commissie aanleiding de vordering van Consument gedeeltelijk toe te wijzen, namelijk voor een periode van volledige arbeidsongeschiktheid van twee maanden vanaf 12 november 2012, waarbij Verzekeraar bij de vaststelling van de uitkering rekening kan houden met de eigen risicotermijn van 14 dagen.

## **5. Beslissing**

De Commissie beslist dat Verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, aan Consument een vergoeding toekent op basis van volledige arbeidsongeschiktheid van twee maanden vanaf 12 november 2012 met inachtneming van de eigen risicotermijn van 14 dagen.

*In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 [www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld](http://www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld).*