

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening r. 2015-336
(mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop en dr. B.C. de Vries, medisch lid en
mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 21 oktober 2014
Ingesteld door : De heer H.J. Negen, wonende te Emmen, verder te noemen Consument
Tegen : NV Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij, gevestigd te
Amersfoort, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 11 november 2015
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Consument heeft zich bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld en aanspraak gemaakt op uitkering onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekeraar is gaan uitkeren en heeft daarbij wisselende percentages arbeidsongeschiktheid gehanteerd, laatstelijk 60%. Consument vordert uitkering op basis van 100% arbeidsongeschiktheid. De Commissie heeft geoordeeld dat het medisch dossier geen informatie bevat op grond waarvan is komen vast te staan dat Verzekeraar onjuiste arbeidsongeschiktheidspercentages heeft gehanteerd. Verzekeraar dient te blijven uitkeren op basis van 60%, totdat eventueel nader onderzoek anders uitwijst.

1. Procesverloop

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

- het door Consument ondertekende klachtformulier;
- de klachtbrief met bijlagen van Consument;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- het advies van de medisch adviseur van Kifid;
- de nadere reactie van Verzekeraar met aanvullende informatie;
- de reactie van Consument op het medisch advies en de nadere reactie van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als niet-bindend zullen ervaren. 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, geboren op 7 maart 1964, van beroep mede-eigenaar autodealer (geen handenarbeid), heeft met ingang van 1 april 2007 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Hij is verzekerd tegen de financiële gevolgen van arbeidsongeschiktheid door ziekte of ongeval. Wachtijd: 1 jaar. Dit laatste betekent dat alleen het na-eerstejaarsrisico verzekerd is. Toetsingscriterium: beroepsarbeidsongeschiktheid. Uitkeringsdrempel: 25% arbeidsongeschiktheid. Verzekerd bedrag: € 39.304. Eindleeftijd: 60 jaar. Op de polis zijn geen beperkende bepalingen geplaatst.

- 2.2 Op 7 september 2011 meldt Consument zich per 1 september 2010 voor 90% arbeidsongeschikt wegens “spierpijn/gewrichtspijn/hoofdpijn/versuft/geen energie”. In het schadeaanvraagformulier schrijft hij dat hij klachten heeft sinds september 2009 en dat hij in februari 2010 voor het eerst een arts heeft bezocht.
- 2.3 Verzekeraar heeft de mate van arbeidsongeschiktheid vanaf 7 september 2011 op 80-100% vastgesteld. Vanwege de te late melding en gezien de wachttijd van 1 jaar is hij vanaf 7 september 2012 gaan uitkeren.
- 2.4 Op grond van de verzamelde medische gegevens adviseert de medisch adviseur van Verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid per 1 januari 2012 op 50% te stellen. De medisch adviseur van Verzekeraar is van mening dat er geen medische argumenten zijn die een inzet van 50% onmogelijk maken. Het ontbreekt aan aantoonbare afwijkingen en de behandelend artsen kunnen geen verklaring voor de klachten van Consument vinden. Ook nadien verzamelde medische gegevens geven geen duidelijkheid over de gezondheidsklachten van Consument. De medisch adviseur van Verzekeraar besluit hierop psychiatrische expertise te laten verrichten. Naar aanleiding van het expertiserapport concludeert de medisch adviseur van Verzekeraar dat het nog steeds aan een objectieveerbare stoornis c.q. beperkingen ontbreekt en dat arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering niet langer behoeft te worden aangenomen. Hij adviseert Verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid stapsgewijs af te bouwen naar minder dan 25% per 1 februari 2013.
- 2.5 Consument tekent bezwaar aan tegen de afbouw van zijn uitkering.
- 2.6 Op 2 november 2012 wordt Consument onwel en is hij naar het ziekenhuis gebracht. De medisch adviseur van Verzekeraar neemt telefonisch contact met hem op, waarna de mate van arbeidsongeschiktheid op 50% wordt vastgesteld, en aanvullende medische informatie bij de behandelend artsen wordt opgevraagd.
- 2.7 In januari 2013 meldt Consument zich volledig arbeidsongeschikt. De medisch adviseur ziet op basis van de verkregen medische informatie echter geen aanleiding om een hogere mate van arbeidsongeschiktheid dan 50% aan te nemen.
- 2.8 Op 28 maart 2013 wordt Consument voor onderzoek in het ziekenhuis opgenomen. Per die zelfde datum neemt Verzekeraar 100% arbeidsongeschiktheid aan. Op advies van de controlearts is uiteindelijk besloten om vanaf 1 januari 2013 volledige arbeidsongeschiktheid aan te nemen.
- 2.9 In de loop van 2013 stelt de medisch adviseur van Verzekeraar vast dat er nog steeds geen verklaring voor de klachten van Consument is gevonden. Hij acht dan ook geen redenen aanwezig om op medische gronden beperkingen ten aanzien van het verrichten van werkzaamheden op te leggen. Verzekeraar besluit de mate van arbeidsongeschiktheid opnieuw stapsgewijs af te bouwen naar minder dan 25% per 1 november 2013.
- 2.10 Consument tekent bezwaar aan tegen de afbouw van zijn uitkering. Na overleg met zijn medisch adviseur besluit Verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid weer te herstellen naar 100%. De medisch adviseur van Verzekeraar vraagt medische informatie bij de behandelend artsen op en concludeert opnieuw dat de klachten van Consument niet verklaard kunnen worden. Verzekeraar besluit de mate van arbeidsongeschiktheid weer stapsgewijs af te bouwen naar minder dan 25% per 1 september 2014.
- 2.11 Consument tekent opnieuw bezwaar aan en verzoekt om een onafhankelijk onderzoek ter beoordeling van zijn fysieke klachten. De medisch adviseur van Verzekeraar vraagt een onderzoek aan bij [bedrijf]. Verzekeraar hervat de uitkering intussen niet.

- 2.12 Consument is het er niet mee eens dat hij in afwachting van de uitkomst van het onderzoek geen uitkering ontvangt en dient een interne klacht in. Verzekeraar handhaaft zijn standpunt en hervat de uitkering niet.
- 2.13 Uit het onderzoek van [bedrijf] blijkt dat sprake is van een onderliggende psychische stoornis. Deze stoornis zou de door Consument ervaren beperkingen onderbouwen. [bedrijf] biedt een behandeltraject aan dat Consument niet alleen beter kan maken maar ook meer inzicht in zijn beperkingen kan geven. Consument voelde echter niet voor het voorgestelde traject, waarna de medisch adviseur van Verzekeraar op grond van de beschikbare informatie een beperkingenlijst heeft opgesteld. De beperkingen en de noodzakelijke rustmomenten heeft hij echter niet kunnen kwantificeren. De door Verzekeraar ingeschakelde arbeidsdeskundige kon daardoor de mate van arbeidsongeschiktheid niet beoordelen, maar gaf Verzekeraar in overweging de mate van arbeidsongeschiktheid in te delen in klasse 55-65%. Consument echter schatte zijn inzet op maximaal 25%. Uiteindelijk is door Verzekeraar uitgegaan van een arbeidsongeschiktheid van 60%.
- 2.14 Consument tekent bezwaar aan tegen het percentage van 60 en vraagt dit percentage per 1 juli 2014 te verhogen naar 75.
- 2.15 Bij brief d.d. 22 april 2015 schrijft Verzekeraar aan Consument dat hij de voorgestelde behandeling bij [bedrijf] dient te ondergaan teneinde de beperkingen van Consument te kunnen kwantificeren. Na afronding van de behandeling zou de medisch adviseur van Verzekeraar de beperkingen vaststellen en zou de arbeidsdeskundige deze vertalen naar de mate van arbeidsongeschiktheid. Zo nodig zou de mate van arbeidsongeschiktheid met terugwerkende kracht worden bijgesteld. Als Consument niet zou willen meewerken aan de behandeling zou Verzekeraar het percentage arbeidsongeschiktheid op 60 handhaven. Verzekeraar wijst Consument in zijn brief tevens op de mogelijkheid om bij Kifid een klacht in te dienen.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

- 3.1 Consument vordert met terugwerkende kracht per 7 september 2012 (de aanvangsdatum van de uitkering) uitkering op basis van 100% arbeidsongeschiktheid zolang de arbeidsongeschiktheid voortduurt, tenzij verbeteringen van zijn inzetbaarheid kunnen worden vastgesteld.

Grondslagen en argumenten daarvoor:

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door ten onrechte uit te gaan van een mate van arbeidsongeschiktheid van minder dan 100%.
- Blijkens het rapport van [bedrijf] is sprake van een medisch objectieveerbare aandoening waardoor Consument nauwelijks inzetbaar is, in ieder geval minder dan 20%. Artikel 4.2 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepaalt dat bij arbeidsongeschiktheid in de klasse 80-100% een uitkeringspercentage van 100 hoort.
 - Het rapport van de door Verzekeraar ingeschakelde arbeidsdeskundige is gebaseerd op veronderstellingen en aannames. Het feit dat Consument sinds 2010 ervaart minder inzetbaar te zijn wordt hiermee niet ontkracht.
 - Kifid dient de mate van arbeidsongeschiktheid te toetsen.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

4.1 De vraag is aan de orde of Consument aanspraak kan maken op uitkering onder de verzekering op basis van een mate van arbeidsongeschiktheid van 100%. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.

4.2 Nadat Consument zijn klacht bij Kifid had ingediend heeft hij zich jegens Verzekeraar alsnog bereid verklaard mee te werken aan het behandeltraject bij [bedrijf]. De klachtbehandelaar bij Verzekeraar heeft Consument daarop voorgesteld de klacht bij Kifid 'te parkeren' tot de behandeling bij [bedrijf] zou zijn afgerond. Consument is hiermee niet akkoord gegaan. Kifid heeft de klacht verder in behandeling genomen. Verzekeraar heeft verweer gevoerd.

4.3 Na ontvangst van het verweer van Verzekeraar is het volgende geschied:

- Kifid heeft zijn medisch adviseur om advies gevraagd. Deze heeft de door partijen beschikbaar gestelde medische informatie bestudeerd en op 6 augustus 2015 rapport uitgebracht. Hierin schrijft hij onder meer dat de door Consument geclaimde arbeidsongeschiktheid – inzetbaarheid van minder dan 25% - niet wordt onderbouwd door de bevindingen van de verschillende behandelaars en expertiserend specialisten. Wél is hij van mening dat nu Consument zich in de door de medisch adviseur van Verzekeraar vastgestelde beperkingen niet kan vinden, en gezien ook de complexiteit van de zaak, Verzekeraar een verzekeringsgeneeskundig onderzoek had moeten laten verrichten teneinde de door de medisch adviseur van Verzekeraar geformuleerde beperkingen zo nodig nader te kunnen doen kwantificeren dan wel kwalificeren.
- Bij brief d.d. 18 augustus 2015 informeerde Verzekeraar Kifid over het feit dat toch geen behandeling bij [bedrijf] plaats vindt. De medisch adviseur van Verzekeraar vernam van [bedrijf] dat op 4 augustus 2015 een intakegesprek heeft plaatsgevonden en dat daarbij bleek dat er geen basis is voor een succesvolle behandeling omdat Consument niet gelooft dat hij verder kan verbeteren. "Hij denkt dat op de manier waarop hij geleerd heeft met zijn klachten te leven het maximum is bereikt." Verzekeraar stelde Kifid voor Consument mee te delen dat hij het besluit van Consument om niet aan de behandeling mee te werken zal respecteren en dat hij bereid is om gedurende een termijn van twee jaar beperkingen aan te houden en de huidige uitkering (op basis van 60% arbeidsongeschiktheid) voort te zetten.
- Kifid heeft Consument geïnformeerd over de inhoud van het advies van de medisch adviseur van Kifid alsmede over het voorstel van Verzekeraar om de huidige uitkering nog twee jaar voort te zetten (en daarna definitief te beëindigen).
- Consument heeft hierop enkele kanttekeningen bij het advies van de medisch adviseur van Kifid geplaatst. Tevens heeft hij laten weten dat hij niet op het voorstel van Verzekeraar in wenst te gaan. Dit voorstel refereert aan een verkeerde voorstelling van zaken. Overigens, zo schreef Consument nog, zou hij dolgraag behandeld willen worden.

Hij is echter van mening dat de door [bedrijf] vastgestelde psychische aandoening niet op zich zelf staat maar het gevolg is van een nog steeds niet gediagnosticeerde achterliggende lichamelijke aandoening. Een behandeling uitsluitend gericht op een psychische aandoening ziet hij dan ook als symptoombestrijding.

- 4.4 Desgevraagd heeft Consument telefonisch nog laten weten geen voorstander te zijn van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek – hij heeft de afgelopen jaren al zo veel onderzoeken ondergaan - maar dat hij in principe bereid is daaraan mee te werken.
- 4.5 Het medisch dossier bevat geen informatie op grond waarvan is komen vast te staan dat Verzekeraar onjuiste arbeidsongeschiktheidspercentages heeft gehanteerd. Het voorstel van Verzekeraar om een mate van arbeidsongeschiktheid van 60 % aan te houden totdat nader onderzoek anders zou uitwijzen, oordeelt de Commissie dan ook alleszins redelijk. Dit nadere onderzoek had kunnen plaatsvinden in de vorm van een behandeltraject bij [bedrijf] of in de vorm van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Nu Consument kennelijk niet gelooft in de voorgestelde behandeling bij [bedrijf], en dus niet gemotiveerd is om daaraan mee te werken, is de basis aan dit voorstel komen te ontvallen.
- 4.6 De Commissie laat het aan partijen over of zij nog een verzekeringsgeneeskundig onderzoek willen laten verrichten. Verzekeraar dient de uitkering conform zijn voorstel van 22 april 2015 te continueren op basis van 60% arbeidsongeschiktheid, totdat eventueel nader onderzoek tot een ander percentage zou leiden. Daarbij dient in aanmerking te worden genomen dat de verzekering per 1 september 2014 is beëindigd. Consument blijft op grond van de verzekering ook na beëindiging van de verzekering de uitkering behouden waarop hij op 1 september 2014 recht had, maar mocht hij daarna in sterkere mate arbeidsongeschikt zijn geworden dan wordt het uitkeringspercentage niet verhoogd (artikel 4.8 van de toepasselijke polisvoorwaarden).
- 4.7 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst door niet uit te gaan van een percentage van arbeidsongeschiktheid van meer dan 60. Daarom wordt als volgt beslist.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.