

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2015-382
(mr. C.E. du Perron, voorzitter, mr. M.L. Hendrikse en J.H. Paulusma-de Waal, RGA
en mr. S.W.A. Kelterman, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 24 april 2015
Ingesteld door : Consument
Tegen : Aegon Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te
noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 9 december 2015
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

AOV van eigenaar van een aannemingsbedrijf (meewerkend). Claims ingediend ter zake van arbeidsongeschiktheid wegens rugklachten met ingang van 8 oktober 2011, wegens rug- en nekkklachten met ingang van 15 november 2012, met verergering van de nekkklachten vanaf 12 december 2012, en wegens slaapproblemen en psychische klachten met ingang van 10 april 2014. Verzekeraar heeft uitkering verleend op basis van volledige arbeidsongeschiktheid tot 1 december 2013. Bij neurologisch onderzoek op 21 maart 2014 heeft de neuroloog op zijn vakgebied geen beperkingen kunnen vaststellen. Bij een onderzoek op 18 september 2014 heeft de psychiater geen psychiatrische diagnose kunnen stellen. De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar zich op basis van de beschikbare gegevens en de adviezen van de medisch adviseur terecht op het standpunt heeft gesteld dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid van 25% of meer in de zin van de verzekeringsovereenkomst. Consument heeft zijn visie, dat hij op grond van arbeidsongeschiktheid voor 75% niet in staat is te werken, in het licht van de toepasselijke voorwaarden, onvoldoende onderbouwd. Een contra-expertise-rapport of een advies van de behandelend arts(en) om niet dan wel (veel) minder te werken is niet beschikbaar. Vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

- Het door Consument op 23 april 2015 ondertekende klachtformulier met bijlagen;
- de brief van Consument d.d. 8 juni 2015 met aanvullende informatie;
- het verweer van Verzekeraar d.d. 13 juli 2015;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de repliek van Consument d.d. 4 augustus 2015.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend aanvaarden en dat het geschil zich leent voor afdoening op stukken, nu voor mondelinge behandeling als bedoeld in artikel 40.1 van haar reglement geen aanleiding bestaat.

2. Feiten

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

2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten in zijn beroep van eigenaar van een aannemingsbedrijf (meewerkend) met dekking bij Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen. Verzekerd is het eerstejaarsrisico en het na-eerstejaars-risico voor een verzekerd bedrag met ingang van 1 januari 2013 van €32.782,00. De verzekering kent een eigen risico-termijn van 30 dagen en een eindleeftijd van 60 jaar. De ondergrens arbeidsongeschiktheid is 25%. In de polis is een uitsluiting opgenomen voor arbeidsongeschiktheid wegens aandoeningen aan de darmen (clausule 458).

2.2 In de van toepassing zijnde Bijzondere Voorwaarden nr. 1439 zijn de volgende bepalingen van belang:

Algemene begrippen:

Wanneer bent u arbeidsongeschikt?

U bent arbeidsongeschikt als u aan de drie volgende kenmerken voldoet:

- *Er is sprake van een ziekte of een ongeval.*
- *U heeft door deze ziekte of het ongeval stoornissen.*
- *Deze stoornissen leiden ertoe, dat u uw eigen beroepswerkzaamheden helemaal niet of niet volledig kunt doen.*

Herkenbaar en benoembaar

Uw stoornis moet duidelijk genoeg zijn zodat een (gespecialiseerd) arts uw ziektebeeld kan herkennen en benoemen.

Uw ziektebeeld moet erkend zijn in de gewone geneeskunde.

Stap 1: Is de arbeidsongeschiktheid verzekerd?

*****Variant Ongevallen en ziekten inclusief psychische ziekten**

Welke oorzaken van arbeidsongeschiktheid zijn verzekerd?

U bent verzekerd als u arbeidsongeschikt wordt door een ongeval, een lichamelijke ziekte of een psychische ziekte.

Lichamelijke ziekten

Dit zijn ziektebeelden waarbij een lichamelijke oorzaak wordt gevonden.

Psychische ziekten

Dit zijn ziektebeelden die vastgesteld en behandeld zijn door een psycholoog of een psychiater. Deze ziektebeelden uiteten zich geestelijk. De ziektebeelden kunnen ook gepaard gaan met lichamelijke kenmerken.

Stap 2: Voor welke aandoeningen bent u niet verzekerd?

[...]

Stap 3: Bent u arbeidsongeschikt en in welke mate?

U heeft recht op een uitkering, als u arbeidsongeschikt bent voor uw eigen beroepswerkzaamheden. Hierbij geldt als voorwaarde dat u ten minste 25% uw beroepswerkzaamheden niet meer kunt doen. Dit heet de uitkeringsdrempel.

Uw uitkeringsdrempel staat op uw polisblad. Standaard is uw uitkeringsdrempel 25%, maar soms is uw uitkeringsdrempel hoger.

De arbeidsongeschiktheid waardoor u uw eigen beroepswerkzaamheden niet kunt doen moet rechtstreeks verband houden met het ongeval of de ziekte.

Wie stelt vast dat u arbeidsongeschikt bent en wat u niet meer kunt?

Wij wijzen hiervoor onafhankelijke deskundigen aan. Dit kunnen artsen, arbeidsdeskundigen of andere deskundigen zijn. Wij vertellen u vooraf welke deskundigen worden ingeschakeld en wat zij zullen onderzoeken.

Soms is het nodig dat u wordt onderzocht in een ziekenhuis of andere medische instelling. Wij wijzen hiervoor een ziekenhuis of instelling aan en het onderzoek wordt door ons geregeld en betaald.

In artikel 12 van de voorwaarden is een recht op herbeoordeling ('second opinion') opgenomen als verzekerde het niet eens is met de vaststelling van de uitkering. De verzekerde en de verzekeraar betalen ieder de helft van de kosten van de herbeoordeling met een maximering van de bijdrage van de verzekerde die afhankelijk is van het verzekerde bedrag. Als uit de herbeoordeling blijkt dat verzekerde recht heeft op een hogere uitkering, betaalt de verzekeraar de eigen bijdrage terug. Als uit de herbeoordeling blijkt dat verzekerde recht heeft op een lagere uitkering moet hij het te veel ontvangen bedrag terugbetalen.

2.3 Consument heeft claims ingediend ter zake van arbeidsongeschiktheid wegens rug-klachten met ingang van 8 oktober 2011, wegens rug- en nekkklachten met ingang van 15 november 2012, met verergering van de nekkklachten vanaf 12 december 2012, en wegens slaapproblemen en psychische klachten met ingang van 10 april 2014.

Op 1 oktober 2013 heeft een orthopedisch chirurg onderzoek verricht, waarbij hij de volgende vragen heeft beantwoord:

1. Welke diagnose(s) stelt u op basis van uw onderzoeksbevindingen?

De orthopedische diagnose luidt:

- 1) Posttraumatische nekkklachten zonder uitstraling zonder aanwijzingen voor post-traumatische afwijkingen bij het beeldvormend onderzoek.
- 2) Waarschijnlijk discogene lage rugklachten bij degeneratieve afwijkingen van de lage rug die meer zijn dan op grond van de leeftijd verwacht mocht worden.

2. Acht u betrokkene hierdoor belemmerd in zijn functioneren?

[...]

De beperkingen die betrokkene zichzelf oplegt zijn hierboven beschreven. Bij afwezigheid van wezenlijk orthopedische afwijkingen ben ik gehouden hem op orthopedische gronden geen beperkingen op te leggen.

Verzekeraar heeft uitkering verleend op basis van volledige arbeidsongeschiktheid tot 1 december 2013.

2.4 Op 21 maart 2014 heeft op verzoek van de medisch adviseur van Verzekeraar een medisch onderzoek van Consument plaatsgevonden door een neuroloog. In diens rapport staat onder andere het volgende vermeld:

1. *Welke diagnose(s) stelt u op basis van uw onderzoeksbevindingen?*

Antwoord:

Er zijn chronische nekklachten waarvoor op neurologisch vakgebied geen reden is aan te geven. Daarnaast zijn er nachtelijke krampverschijnselen in de kuiten waarop geen specifieke diagnose is te stellen maar die op enige lumbale wortelprikkeling zouden kunnen berusten.

2. *Acht u betrokkene hierdoor belemmerd in zijn functioneren?*

Zo ja, welke beperkingen moeten op basis van uw bevindingen betrokkene worden opgelegd? [...]

Antwoord:

Op grond van de bevindingen op neurologisch vakgebied kan ik betrokkene geen beperkingen opleggen.

2.5 Op 18 september 2014 vond een onderzoek plaats door een psychiater, die in haar rapport de volgende vragen heeft beantwoord:

Vraag 1: Welke diagnose(s) stelt u op basis van uw onderzoeksbevindingen?

Antwoord 1: Er wordt op basis van het huidig onderzoek geen psychiatrische diagnose gesteld.

Vraag 2: Acht u betrokkene hierdoor belemmerd in zijn functioneren?

Zo ja, welke beperkingen moeten op basis van uw bevindingen betrokkene worden opgelegd? [...]

Antwoord 2: Aangezien er geen psychiatrische diagnose wordt gesteld, volgt hieruit dat evenmin beperkingen op mijn vakgebied worden vastgesteld.

2.6 Op 29 oktober 2014 is Consument meegedeeld dat hij geen recht had op uitkering. De medisch adviseur van de maatschappij had aangegeven dat uit de rapporten van de onderzoekend artsen was gebleken dat voor de nekklachten en psychische klachten geen medisch vast te stellen oorzaken waren gevonden. Aanvullende informatie die was verkregen van de behandelend neuroloog en radiologen leverde volgens de medisch adviseur geen nieuwe relevante gegevens op. Verzekeraar heeft op 20 maart 2015 als definitief standpunt kenbaar gemaakt dat Consument geen recht had op een uitkering. Dit standpunt is naar aanleiding van een door Consument ingediende klacht op 16 april 2015 door de directie van Verzekeraar nader toegelicht, maar onverkort gehandhaafd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument heeft op het klachtformulier als voorstel om de klacht op te lossen vermeld: 'schadeloos stellen'. In een e-mail d.d. 15 juni 2015 is de vordering nader gespecificeerd: uitkering tot en met 16 februari 2015 op basis van volledige arbeidsongeschiktheid en vanaf die datum naar rato van 75% arbeidsongeschiktheid.

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.

Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Uit de medische informatie blijkt duidelijk dat Consument zijn beroeps-werkzaamheden niet volledig kan uitoefenen.
- De huisarts heeft in zijn brief d.d. 29 mei 2015 onder toevoeging van het journaal een beschrijving gegeven van de klachten en van de behandeling, met doorverwijzing naar een neuroloog (rugpoli) en pijnpoli.
- De behandelend neuroloog van de rugpoli heeft in brieven aan de huisarts d.d. 23 december 2013 en 5 januari 2015 verslag gedaan van de bevindingen van MRI-onderzoeken d.d. 14 oktober 2013 en 18 november 2014, waaruit de oorzaken van de klachten duidelijk blijken.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, het volgende verweer gevoerd: De diverse medisch specialisten die door Verzekeraar werden ingeschakeld konden niet concluderen tot het aanwezig zijn van ziekten, dan wel konden zij niet concluderen tot beperkingen in het doen van de eigen beroeps-werkzaamheden. Evenmin heeft de behandelend neuroloog in januari 2015 objectief bijzonderheden geconstateerd aangaande het neurologisch functioneren. Gezien het niet aanwezig zijn van ziekte conform de criteria van de polis, dan wel het niet aanwezig zijn van beperkingen door ziekte, heeft Verzekeraar per 1 december 2013 de uitkering gestopt.

4. Beoordeling

4.1 De klacht van Consument betreft primair de stopzetting door verzekeraar van de betaling op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering per 1 december 2013. Het standpunt van Verzekeraar zal moeten worden beoordeeld op basis van de van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden.

4.2 Volgens de voorwaarden wordt de mate van arbeidsongeschiktheid door Verzekeraar vastgesteld, waarbij gebruik wordt gemaakt van de rapporten van deskundigen die Verzekeraar aanwijst. Tevens is van belang wat volgens de verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder 'arbeidsongeschiktheid' (beroepsarbeidsongeschiktheid). Daarvoor is vereist dat verzekerde beperkt is in de uitvoering van de eigen beroeps-werkzaamheden door ziekte of ongeval.

Er moet sprake zijn van een stoornis die duidelijk genoeg is zodat een (gespecialiseerd) arts het ziektebeeld kan herkennen en benoemen. Die is volgens Verzekeraar en diens medisch adviseur niet vastgesteld.

4.3 De Commissie is van oordeel dat Verzekeraar zich op basis van de beschikbare gegevens en de adviezen van de medisch adviseur terecht op het standpunt heeft gesteld dat geen sprake is van arbeidsongeschiktheid van 25% of meer in de zin van de verzekerings-overeenkomst.

Consument heeft zijn visie dat hij op grond van arbeidsongeschiktheid voor 75% niet in staat is te werken, in het licht van de toepasselijke voorwaarden, onvoldoende onderbouwd. Een contra-expertise-rapport of een advies van de behandelend arts(en) om niet dan wel (veel) minder te werken is niet beschikbaar.

4.4 Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, wordt de vordering van Consument afgewezen.

Al hetgeen partijen verder nog hebben gesteld kan niet tot een andere beslissing leiden en zal onbesproken blijven.

5. **Beslissing**

De Commissie wijst de vordering van Consument af.

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