

## **Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-095 d.d.**

**2 maart 2016**

**(prof. mr. M.M. Mendel, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse en dr. B.C. de Vries, leden en mr. S. van der Hoorn, secretaris)**

### **Samenvatting**

Arbeidsongeschiktheid: Consument beklagt zich erover dat Verzekeraar de uitkering uit zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft beëindigd en dat de uitkering van de verzekering 9 maanden eerder had moeten ingaan. Op grond van de voorwaarden is het criterium van arbeidsongeschiktheid dat er een objectief medisch vast te stellen stoornis is. De Commissie stelt op basis van de voorhanden zijnde en in deze procedure overgelegde medische gegevens van Consument vast dat een objectief medisch vast te stellen oorzaak van de door Consument ervaren klachten niet valt aan te wijzen. Daarnaast wordt in geen van de rapporten en adviezen gesproken van een eerdere arbeidsongeschiktheidsdag dan de dag waarop de uitkering is ingegaan. De vordering van Consument wordt afgewezen.

Consument,

tegen

de naamloze vennootschap AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, hierna te noemen Verzekeraar.

### **I. 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 en zijn gemachtigde ondertekende klachtformulier en klachtbrief met bijlagen van 13 maart 2015;
- de brieven van 12 mei 2015 en 19 mei 2015 met bijlagen van de gemachtigde van Consument;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van de gemachtigde van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de spreekantekeningen van de gemachtigde van Consument, 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 25 januari 2016 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 2.1. In 2002 heeft Consument bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor de ondernemer afgesloten. Op deze verzekering zijn de 'Voorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering Voor de Ondernemer nr. 1387' (hierna genoemd: "de Voorwaarden") van toepassing.
- 2.2. In artikel 1.7. van de Voorwaarden is bepaald:  
**"1.7. Arbeidsongeschiktheid**  
*1.7.1 Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen 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 (...)"*
- 2.3. Op 27 juli 2011 heeft Consument bij Verzekeraar gemeld dat hij volledig arbeidsongeschikt is geworden. De klachten van Consument bestonden uit vermoeidheid, lusteloosheid en hoofdpijn.
- 2.4. Consument heeft per 14 juli 2011 een uitkering ontvangen uit zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid.
- 2.5. Om de mate van arbeids(on)geschiktheid bij Consument vast te stellen, is Consument op 23 mei 2012 op verzoek van Verzekeraar onderzocht door een psychiater, de heer R. Van dit psychiatrische onderzoek heeft de heer R. op 25 juni 2012 een rapport opgesteld, waarin onder meer is geschreven:  
**"Beschouwing**  
(...)  
*In diagnostische termen is primair sprake van een aanpassingsstoornis met angst. (...)  
Voor de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis worden onvoldoende aanwijzingen gevonden.*  
(...)  
**Beantwoording van de vragen**  
(...)  
**antwoord 2**  
*Aanwijzingen voor beperkingen binnen de rubriek persoonlijk functioneren (...) worden niet gevonden (...). (...) Aanwijzingen voor beperkingen binnen de rubriek  sociaal functioneren (...) worden niet gevonden (...). De aanpassingsstoornis brengt gewoonlijk geen ernstige beperkingen met zich mee. Gezien de periode van inactiviteit adviseer ik eventuele reactivatie geleidelijk te doen plaatsvinden om het oplopen van angst en onrust te voorkomen. (...)"*
- 2.6. Op 7 juni 2012 heeft Consument op verzoek van Verzekeraar een neuropsychologisch onderzoek ondergaan dat is uitgevoerd door neuropsycholoog mevrouw V. In het daarvan opgestelde rapport staat onder meer:  
**"Conclusie**  
(...)  
*Tijdens huidig neuropsychologisch onderzoek worden geen cognitieve stoornissen geobserveerd. De intelligentie is conform opleidingsniveau en er is geen sprake van onderpresteren."*

- 2.7. Bij brief van 18 september 2012 heeft Verzekeraar Consument onder meer bericht: “Enige tijd geleden heeft u bezoeken gebracht aan neuropsycholoog [mevrouw V.] en psychiater [de heer R.]. Deze artsen hebben nu rapporten gemaakt voor onze medisch adviseur. Deze rapporten hebben gevolgen voor onder andere uw uitkering. In deze brief geven wij aan wat deze gevolgen zijn.

**U ontvangt vanaf 1 januari 2013 geen uitkering meer**

Het is ons duidelijk dat u klachten ervaart. Onze medisch adviseur geeft echter aan dat er uit het rapporten blijkt dat er voor uw klachten geen medisch vast te stellen oorzaken zijn gevonden. Dit betekent dat er geen dekking is op uw polis. Er is namelijk alleen dekking op de polis als er medisch vast te stellen aandoeningen zijn waardoor u niet kunt werken. Wij stoppen daarom de uitkering per 1 januari 2013.

**Uw uitkering wordt afgebouwd**

(...)

Periode	Arbeidsongeschiktheidsklasse	Uitkeringspercentage
1 t/m 31 oktober 2012	65-80%	75%
1 t/m 30 november 2012	45-55%	50%
1 t/m 31 december 2012	25-35%	30%

(...)”

- 2.8. Consument is op eigen initiatief onderzocht door een psycholoog, de heer A. In de brief van de heer A. van december 2012 gericht aan Verzekeraar staat onder meer:

**“Vraag 1. Wat zijn de klachten?**

Betrokkene vertoont sinds eind 2010 kenmerken van een burn out. (...) Zijn klachten zijn de laatste maanden verergerd. (...) Een terugval in zijn uitkering zou dramatische gevolgen kunnen hebben.

(...)

**Vraag 3. Wat is de prognose?**

(...)

Prognose is gunstig, maar zal mijns inziens de nodige tijd vragen. Het advies is begeleiding en rust.

(...)

**Vraag 4. Welk traject is nodig?**

Mijns inziens is het wenselijk dat betrokkene gezien het bovengenoemde klachtenpatroon het een bepaalde periode rustig aan doet en zich nauwelijks inzet in zijn werksituatie. Voor welke periode is moeilijk te voorspellen. Ik stel u voor eerst een traject van 3 maanden voor te stellen waarbij elke 2 weken een gesprek van een uur wordt gevoerd. Een en ander gecombineerd met een bewegingstraject om de conditie en vitaliteit te stimuleren.”

- 2.9. Naar aanleiding van het oordeel van de Ombudsman van 15 december 2014 waarin de Ombudsman Verzekeraar de aanbeveling heeft gedaan om de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vanaf 1 oktober 2012 opnieuw te laten onderzoeken, is Consument op 26 augustus 2015 psychiatrisch onderzocht door de heer P. In het daarvan opgestelde rapport staat onder meer:

**“6. Psychiatrisch onderzoek**

(...)

Er is geen sprake van impulsproblemen en er zijn geen angstsymptomen waarneembaar.

(...)

**8. Beschouwing**

(...)

*Bij het psychiatrisch onderzoek worden geen relevante afwijkingen geobjectiveerd. (...) In diagnostische zin is geen sprake van een psychiatrische stoornis of aandoening. (...) Ten aanzien van de klachten die onderzochte ontwikkelde in de tweede helft van 2010, lijkt aannemelijk dat hier sprake is geweest van een aanpassingsstoornis. (...) Het lijkt niet aannemelijk dat er objectiveerbare beperkingen voortvloeiden uit de aanpassingsstoornis, hetgeen voortkomt uit de aard van de stoornis (die in de regel mild is). (...)*

- 2.10. De huisarts van Consument, de heer Van S., heeft een ongedateerde brief geschreven aan de medisch deskundige van Verzekeraar waarin staat:  
*[Consument] heeft sinds eind 2010, begin 2011 lichamelijke en mentale klachten die duiden op een burn out. Hiervoor is heb ik hem doorverwezen naar de psycholoog [de heer A.]. Tot rond zomer 2012 verliep deze behandeling redelijk positief echter daarna werden de lichamelijke en mentale klachten weer heviger. Ik adviseer dringend een intensievere behandeling en sta achter het advies van [de heer A.], van december 2012.*
- 2.11. Ter zitting heeft Consument een e-mailbericht van 24 december 2015 van de heer A. aan hemzelf gericht overgelegd, waarin onder meer is geschreven:  
*“(...) Met een intake teruggaan naar vroeger en daar je conclusie uithalen is belachelijk. Je gaat nu beter dan toen, dus je kunt je indruk moeilijk faken. (...)”*

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

- 3.1. Consument vordert dat Verzekeraar overgaat tot herstel van de uitkering uit hoofde van onderhavige arbeidsongeschiktheidsuitkering met terugwerkende kracht vanaf 1 oktober 2010 tot en met de dag dat Consument weer (gedeeltelijk) arbeidsgeschikt zal zijn, vermeerderd met wettelijke rente en vergoeding van de kosten voor rechtsbijstand. Voorts vordert Consument dat door de Commissie wordt vastgesteld dat Verzekeraar niet heeft gehandeld zoals van een verzekeringsmaatschappij mag worden verwacht.
- 3.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de grondslag dat Verzekeraar zich niet heeft gedragen zoals van een verzekeraar mag worden verwacht;
- Doordat zij haar beslissing om de uitkering te beëindigen ten onrechte heeft gebaseerd op de rapporten van de heer R. en mevrouw V., terwijl uit het latere onderzoek van de heer A. en het advies van Van S. is gebleken dat de klachten van Consument wel degelijk een objectief medisch vast te stellen oorzaak hebben;
  - de vaststelling van de heer R. dat er sprake is van een aanpassingsstoornis met angst is niet weerlegd;
  - doordat zij haar beslissing om de uitkering te beëindigen ten onrechte heeft gebaseerd op het rapport van de heer P., omdat er geen sprake was van een deskundig onderzoek door de heer P., de heer P. de conclusie van de heer A. niet heeft weerlegd en, zoals ook blijkt uit het e-mailbericht van de heer A. van 24 december 2015, het niet mogelijk is om in 2015 de gezondheidssituatie in 2012 vast te stellen;
  - door na te laten om naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek van de heer A. eind 2012 (nader) onderzoek te verrichten naar de gezondheidssituatie van Consument;

- e) door na te laten nader onderzoek te doen naar het aanvangsmoment van de arbeidsongeschiktheid, aangezien uit de verklaring van de heer Van S. en het rapport van de heer A. is gebleken dat de klachten van Consument in 2010 al zijn ontstaan;
- f) door in weerwil van het dringende advies van de heer Van S. Consument geen intensievere behandeling aan te bieden;
- g) door na te laten het advies van de Ombudsman op te volgen om een gedegen verzekeringsgeneeskundig onderzoek te laten uitvoeren en de aanvangsdatum van arbeidsongeschiktheid niet opnieuw te laten beoordelen;
- h) door onvoldoende rekening te houden met het risico van onderrapportage, nu Consument de neiging heeft zijn medische situatie te bagatelliseren;
- i) doordat hij de afhandeling van deze kwestie stelselmatig heeft vertraagd en onvoldoende zorgvuldig op de (gezondheids)klachten van Consument heeft gereageerd.

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

#### **4. Beoordeling**

- 4.1. De onderhavige kwestie spitst zich toe op beantwoording van de vraag of Verzekeraar jegens Consument toerekenbaar te kort is geschoten uit hoofde van haar verplichtingen die voortvloeien uit onderhavige verzekeringsovereenkomst door de uitkering ten behoeve van Consument vanaf 1 oktober 2012 te verlagen en per 1 januari 2013 stop te zetten en door na te laten om opnieuw te onderzoeken of de ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheidsuitkering uit hoofde van de verzekering eerder had moeten aanvangen.
- 4.2. Ingevolge artikel 1.7.1 van de Voorwaarden dient als criterium voor arbeidsongeschiktheid uitgegaan te worden van objectief medisch vast te stellen stoornissen. De Commissie dient de vraag te beantwoorden of de door Consument ervaren klachten en daarmee samenhangende arbeidsongeschiktheid als zodanig kunnen worden aangemerkt.
- 4.3. De Commissie stelt in dit kader op basis van de voorhanden zijnde en in deze procedure overgelegde medische gegevens van Consument vast dat een objectief medisch vast te stellen oorzaak van de door Consument ervaren klachten niet valt aan te wijzen. Consument claimt sinds oktober 2010 arbeidsongeschikt te zijn wegens concentratie- en aandachtproblemen, vermoeidheid, lusteloosheid en hoofdpijn. Consument is medisch onderzocht door specialisten in de psychiatrie en de , (neuro)psychologie en de huisarts van Consument. Psychiater de heer R. heeft in 2012 bij Consument een aanpassingsstoornis met angst vastgesteld, psychiater de heer P. acht het aannemelijk dat Consument in 2012 een aanpassingsstoornis had en psycholoog de heer A. en huisarts de heer Van S. hebben bij Consument lichamelijke en mentale klachten vastgesteld die duiden op een burn out. De heer A. heeft Consument eind 2012 geadviseerd om zich nauwelijks in te zetten in zijn werksituatie. Neuropsycholoog mevrouw V. heeft bij Consument geen stoornissen of anderszins afwijkend gedrag gediagnosticeerd. Hoewel de rapportages niet in precies dezelfde diagnoses hebben geresulteerd, blijkt uit geen van de uitkomsten van de onderzoeken dat een objectief medische stoornis bij Consument is vastgesteld die ten grondslag ligt aan (een bepaalde mate van) arbeidsongeschiktheid.

Voor de stoornissen moet een *objectief medische* grond worden vastgesteld die leidt tot beperkingen in het functioneren van Consument. Een dergelijke grond voor de stoornissen is in de overgelegde onderzoeksrapporten niet vastgesteld. Het feit dat Consument klachten ervaart waardoor hij zich niet staat acht werkzaamheden te verrichten, is daarvoor niet voldoende. Er waren voor Verzekeraar dan ook geen aanknopingspunten om naar aanleiding van één van deze rapporten Consument nog nader medisch te laten onderzoeken. Op basis van de resultaten van de onderzoeken kan derhalve niet anders worden geconcludeerd dan tot afwezigheid van medisch objectief vast te stellen stoornissen zoals genoemd in artikel 1.7.1 van de Voorwaarden. Dat Consument dat zelf anders ervaart, doet daar niet aan af.

- 4.4. De klacht van Consument dat er geen sprake was van een deskundig onderzoek door de heer P. omdat het slechts een gesprek was van anderhalf uur waarbij weinig is gesproken over zijn gezondheidssituatie in 2012, dient naar het oordeel van de Commissie te worden verworpen. Het onderzoek is afgenomen door deskundigen, de heer P. is immers psychiater en een deel van het onderzoek is uitgevoerd door GZ-psycholoog de heer M. In de daarvan opgestelde rapportage zijn zowel de anamnese als de onderzoeksresultaten uitgebreid verwoord en onderbouwd. Tevens staat niet vast dat het gesprek met de heer P. anderhalf uur heeft geduurd, omdat in het rapport staat dat het gesprek met Consument twee uur en een kwartier heeft geduurd. Het rapport van de heer P. biedt de Commissie geen aanwijzing om te twijfelen aan de deskundigheid van het onderzoek.
- 4.5. Het verwijt van Consument dat geen nader onderzoek is gedaan naar de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid faalt eveneens. In geen van de rapporten en adviezen wordt gesproken van een eerdere arbeidsongeschiktheidsdag dan de dag waarop de uitkering is ingegaan. Dat de huisarts van Consument en de heer A. hebben vastgesteld dat Consument in 2010 klachten had die duiden op een burn out, betekent niet vanzelfsprekend dat Consument in die periode, dan wel eerder dan 14 juli 2011 arbeidsongeschikt is geworden. De Commissie beschikt dan ook over onvoldoende aanwijzingen om te twijfelen aan de juistheid van de ingangsdatum van de uitkering.
- 4.6. Verzekeraar heeft erkend dat als hij na ontvangst van het oordeel van de Ombudsman meer voortvarend had gehandeld, het onderzoek van de heer P. eerder had plaatsgevonden, maar dat dit de situatie niet anders had gemaakt. De Commissie is van oordeel dat er geen aanwijzingen zijn waaruit blijkt dat indien het onderzoek door de heer P. eerder had plaatsgevonden er wel een medisch objectief vast te stellen beperking bij Consument zou zijn vastgesteld. Het gegeven dat Verzekeraar voortvarender had kunnen en moeten handelen maakt de conclusie dat geen sprake is van een objectief medisch vast te stellen stoornis niet anders.
- 4.7. Gelet op het voorgaande is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar op goede gronden heeft kunnen aannemen dat Consument per 14 juli 2011 arbeidsongeschikt is geworden en dat zij terecht heeft kunnen overgaan tot het afbouwen van de uitkering per oktober 2012 en het beëindigen van de uitkering op 1 januari 2013. Er is derhalve niet gebleken van een toerekenbare tekortkoming aan de zijde van Verzekeraar.
- 4.8. De slotsom is dat de vordering van Consument moet worden afgewezen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

## **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>.