

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-156
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. J.S.W. Holtrop, juridisch lid en J.H. Paulusma-de Waal RGA, medisch lid en mr. A. Westerveld als secretaris)**

Klacht ontvangen op : 18 september 2015
Ingesteld door : Consument
Tegen : N.V. Univé Schade, gevestigd te Assen,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 6 april 2016
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Verzekeraar heeft de arbeidsongeschiktheidsuitkering van Consument beëindigd op grond van het standpunt dat Consument niet meer ten minste 25% arbeidsongeschikt was in de zin van de verzekering. Nadat Consument bezwaar tegen dit standpunt aantekende, heeft Verzekeraar besloten tot een herbeoordeling door middel van een medische expertise. De Commissie heeft geoordeeld dat Verzekeraar niet onverdedigbaar heeft gehandeld door de uitkering te beëindigen en niet voort te zetten hangende de herbeoordeling. Vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

- het door Consument ondertekende klachtformulier met bijlagen, ontvangen op 18 september 2015;
- de door Consument ondertekende medische machtiging d.d. 15 oktober 2015;
- het verweerschrift van Verzekeraar d.d. 14 januari 2016;
- de repliek van Consument d.d. 29 januari 2016;
- de dupliek van Verzekeraar d.d. 18 februari 2016;
- de verklaring voor niet-bindend advies d.d. 22 februari 2016;
- de door Consument nagezonden stukken van 11 en 14 maart 2016.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies, zodat haar uitspraak de vorm van een niet-bindend advies zal hebben.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 16 maart 2016 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 heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de Verzekering) gesloten bij Verzekeraar. Op het polisblad staat onder meer het volgende.

<i>Beroep</i>	<i>Installateur</i>
(...)	
<i>Ondergrens arbeidsongeschiktheid</i>	<i>De verzekering geeft dekking vanaf 25% arbeidsongeschiktheid</i>
(...)	
Eerstejaarsrisico	
<i>Beoordelingscriterium arbeidsongeschiktheid</i>	<i>Arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep</i>
<i>Eigen risicotermijn</i>	<i>180 dagen</i>
<i>Verzekerde inkomen</i>	<i>€ 29.851,32</i>
(...)	
Na-eerstejaarsrisico	
<i>Beoordelingscriterium arbeidsongeschiktheid</i>	<i>Arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep</i>
<i>Eigen risicotermijn</i>	<i>360 dagen</i>
<i>Verzekerde inkomen</i>	<i>€ 29.851.32</i>

Op de Verzekering is van toepassing het Reglement RisicoVerminderaar Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor ondernemers AOV-5.1 (hierna: de Voorwaarden). In deze Voorwaarden staat – voor zover relevant – het volgende.

3.2. Arbeidsongeschiktheid voor het eigen beroep (beroepsarbeidsongeschiktheid):

Tijdens het Eerstejaarsrisico is er sprake van arbeidsongeschiktheid indien de verzekerde voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepswerkzaamheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd. De mate van arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld met inachtneming van mogelijke aanpassingen van werkzaamheden, werkomstandigheden en taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf.

(...)

Artikel 13 Vaststelling van de arbeidsongeschiktheid en de uitkering

De mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de hoogte van de uitkering worden door Univé vastgesteld aan de hand van gegevens van door Univé aangewezen medische en andere deskundigen. Van deze vaststelling wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van alle voor de vaststelling noodzakelijke gegevens aan u mededeling gedaan. Als u het met deze vaststelling oneens bent, dan dient u uw bezwaren zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen zes maanden na dagtekening, schriftelijk kenbaar te maken.

Artikel 14 Omvang van de uitkering

14.1. Welk uitkeringspercentage is van toepassing?

Met inachtneming van het elders in dit reglement bepaalde bedraagt de uitkering bij een mate van arbeidsongeschiktheid van:

- 0 tot 25% : geen uitkering;*
 - 25 tot 35% : 30% van het verzekerde inkomen;*
 - 35 tot 45% : 40 % van het verzekerde inkomen;*
 - 45 tot 55% : 50 % van het verzekerde inkomen;*
 - 55 tot 65% : 60% van het verzekerde inkomen;*
 - 65 tot 80% : 75 % van het verzekerde inkomen;*
 - 80 t/m 100% : 100% van het verzekerde inkomen.*
- (...)*

Artikel 16 Einde van de uitkering

16.1. De uitkering eindigt:

- op de dag waarop verzekerde niet meer ten minste 25% arbeidsongeschikt is in de zin van de polis;

(...)

Artikel 38 Begrippen

In de zin van dit reglement wordt verstaan onder:

(...)

Arbeidsongeschiktheid

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte en/of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren.

(...)

2.2 Per 19 december 2012 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld bij Verzekeraar wegens slaapapneu. Hij heeft vermoeidheidsklachten en is daardoor niet in staat te werken. Nadat de wachttijd doorlopen was, ontving Consument een uitkering naar 50% arbeidsongeschiktheid. De uitkering werd per 27 februari 2014 afgebouwd en per 1 mei 2014 gestaakt. In zijn brief van 3 maart 2014 heeft Verzekeraar zich met een beroep op artikel 38 van de Voorwaarden op het standpunt gesteld dat er geen medisch objectiveerbare beperkingen meer zijn vast te stellen waardoor Consument beperkt is in zijn functioneren. Consument werd volledig geschikt voor arbeid bevonden.

2.3 Tegen dit standpunt is bezwaar aangetekend, waarna Consument opnieuw is beoordeeld. De conclusie van deze beoordeling was eveneens dat de klachten van Consument niet medisch objectiveerbaar waren en dat Consument belastbaar is voor zijn werkzaamheden.

2.4 Consument is per medio december 2014 geheel gestopt met werken en meldde zich opnieuw ziek. Hij stelde nog steeds klachten te hebben waar bovendien nieuwe klachten waren bijgekomen.

Verzekeraar heeft naar aanleiding van deze ziekmelding nadere medische informatie opgevraagd en heeft uiteindelijk besloten tot het laten verrichten van een expertiseonderzoek. Daarbij zou worden beoordeeld of Consument arbeidsongeschikt is in de zin van de Voorwaarden en zou worden herbeoordeeld of dat ook in 2014 het geval was. De expert die het onderzoek verrichtte rapporteerde bij brief d.d. 28 januari 2016.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

3.1 Consument vordert – na wijziging van zijn eis ter zitting - een verklaring voor recht dat Verzekeraar had moeten blijven uitkeren hangende de herbeoordeling, en wel met terugwerkende kracht tot 1 mei 2014, zulks op basis van 50% arbeidsongeschiktheid. Tevens vordert Consument dat Verzekeraar het percentage arbeidsongeschiktheid verhoogt van 50% naar 100% en vanaf 19 december 2012 aanvullend uitkeert op basis van 100% arbeidsongeschiktheid. Tot slot vordert hij vergoeding voor de gemaakte kosten van rechtsbijstand ad € 4.608,29.

3.2 Grondslagen en argumenten daarvoor:

Aan zijn gewijzigde vordering legt Consument ten grondslag dat hij recht en belang heeft bij een verklaring voor recht, nu Verzekeraar zonder goede gronden de uitkering per 1 mei 2014 heeft beëindigd.

Verweer Verzekeraar

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

4. Zitting

Ter zitting is gebleken dat Verzekeraar zich op grond van het rapport van de expert d.d. 28 januari 2016 tegenover Consument reeds bereid had verklaard om met terugwerkende kracht tot 1 mei 2014 uitkering te verstrekken op basis van 50% arbeidsongeschiktheid, vermeerderd met de wettelijke rente. In verband hiermee heeft Consument zijn vordering gewijzigd, zoals hiervoor onder 3.1. is omschreven. Ter zitting is door Verzekeraar voorts aangeboden om nog een verzekeringsgeneeskundig onderzoek, een belastbaarheidsonderzoek en een arbeidsdeskundig onderzoek te laten verrichten teneinde de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. Dit aanbod is door Consument geaccepteerd. De vordering voor de kosten van rechtsbijstand heeft hij ter zitting ingetrokken.

5. Beoordeling

- 5.1 Aan de orde is thans nog alleen de vraag of Verzekeraar verdedigbaar heeft gehandeld door de uitkering per 1 mei 2014 te beëindigen en deze niet voort te zetten hangende de herbeoordeling. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt dienaangaande het volgende.
- 5.2 Allereerst oordeelt de Commissie dat uit de Voorwaarden voldoende duidelijk volgt dat de uitkering eindigt op de dag waarop verzekerde *niet meer* ten minste 25% arbeidsongeschikt is in de zin van de polis. Zie art. 16.1. Van arbeidsongeschiktheid is volgens de Voorwaarden – zie artikel 38 - uitsluitend sprake indien er in directe relatie tot ziekte en/of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Uit de Voorwaarden volgt ook – zie artikel 13 - dat de mate en de duur van de arbeidsongeschiktheid en de hoogte van de uitkering door Verzekeraar worden vastgesteld aan de hand van gegevens van door Verzekeraar aangewezen medische en andere deskundigen. Bovendien wordt de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld met inachtneming van mogelijke aanpassingen van werkzaamheden, werkomstandigheden en taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf.
- 5.3 In de onderhavige zaak heeft de door Verzekeraar aangewezen medisch deskundige in februari 2014 geoordeeld dat Consument niet meer ten minste 25% arbeidsongeschikt was in de zin van de verzekering. Dit oordeel is gebaseerd op de door Consument aangeleverde anamnestiche gegevens en op eigen onderzoek. Uit dit onderzoek bleken geen symptomen voor verminderd cognitief functioneren of vermoeidheid. Evenmin waren er aanwijzingen voor een beperkte nek/schouderfunctie. De verzekeringsgeneeskundige (bedrijfsarts) is dan ook beargumenteerd tot de conclusie gekomen dat er medisch objectief geen beperkingen te duiden waren. Inwinnen van informatie is op dat moment niet nodig geacht omdat het beeld op basis van de anamnestiche en overige gegevens voldoende duidelijk was.
- 5.4 De Commissie is van oordeel dat het feit dat in februari 2014 geen informatie bij de behandelend sector is opgevraagd het door Verzekeraar ingenomen standpunt niet onzorgvuldig maakt. Hoewel dat wel gangbaar is, is het opvragen van informatie niet altijd noodzakelijk of verplicht. In het onderhavige geval is later bovendien gebleken dat die informatie het standpunt in februari 2014 niet zou hebben gewijzigd. Zo schrijft de longarts in april 2013 dat de respiratie metingen door de door hem voorgeschreven CPAP goed zijn. Deze waren ook in de eerste helft van 2014 goed. In mei 2014 schrijft hij dat hij de persisterende klachten van patiënt niet kan verklaren door een OSAS of CSAS. “De apneu wordt adequaat behandeld middels CPAP”. Verder heeft in juli 2014 een septumcorrectie van de neus plaatsgevonden. Uit het operatieverslag van de kno-arts blijkt dat deze operatie succesvol is verlopen. De neuroloog heeft in het najaar van 2014 onderzoek verricht en kon op zijn vakgebied geen afwijkingen vinden. Wél leek de CPAP toen niet goed te zijn afgesteld en is Consument om die reden terug verwezen naar de longarts. De CPAP-therapie is daarop aangepast. Het op basis van de eigen bevindingen door Verzekeraar ingenomen standpunt is dus later bevestigd door de curatieve sector. De Commissie is van oordeel dat het besluit van Verzekeraar om de uitkering per 1 mei 2014 te beëindigen niet onzorgvuldig genomen is.

6. 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.