

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-214
(mr. C.E. du Perron, voorzitter, mr. P.A. Offers, juridisch lid, J.H. Paulusma-de Waal,
arts en medisch lid en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 11 november 2015
Ingesteld door : Consument
Tegen : N.V. Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij, gevestigd te Amersfoort,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 11 mei 2016
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument is arbeidsongeschikt geraakt. Verzekeraar behoeft geen dekking onder de verzekeringsovereenkomst te verlenen omdat de klachten van Consument niet medisch objectief zijn vast te stellen, zoals de verzekeringsvoorwaarden vereisen.

I. Procesverloop

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

- de namens Consument ingezonden klachtbrief met bijlagen;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek met bijlagen;
- de namens Consument ingezonden brief met bijlagen d.d. 11 maart 2016;
- de reactie daarop van Verzekeraar d.d. 4 april 2016.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 26 februari 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, geboren op 4 augustus 1964, heeft met ingang van 14 mei 2001 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. Verzekerd beroep: 'eigenaar montagebedrijf/aannemer (meewerkend)'.
- 2.2 Vanaf april 2012 heeft Consument zich arbeidsongeschikt gemeld. Zijn klachten bestaan hoofdzakelijk uit vermoeidheid, diverse lichamelijke (pijn-)klachten, prikkelbaarheid, concentratie- en geheugenproblemen.

- 2.3 Verzekeraar is gaan uitkeren maar heeft de uitkering per 1 juli 2015 stopgezet. Hij heeft zich op het standpunt gesteld dat geen sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, reden waarom geen beperkingen voor het verrichten van werkzaamheden zijn te duiden. Er is geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering.
- 2.4 In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden (model I64) staat – voor zover relevant – het volgende:
- 4. Arbeidsongeschiktheid*
Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Onverminderd het hierboven bepaalde wordt arbeidsongeschiktheid aanwezig geacht, 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. (...)
- 2.5 Consument heeft tegen dit standpunt bezwaar aangetekend maar Verzekeraar heeft zijn standpunt gehandhaafd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar de uitkering met terugwerkende kracht tot 1 juli 2015 hervat.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door de uitkering zonder goede gronden per 1 juli 2015 te beëindigen.
- De diverse klachten van Consument kunnen volgens de behandelend neuroloog worden veroorzaakt door een ‘chronische Lyme’. Een positieve serologische test is beschikbaar. Hoewel de behandelend internist geen persisterende borrelia infectie heeft kunnen vaststellen en over het bestaan van een restbeeld samenhangend met een borrelia infectie uit het verleden geen zekerheid kan worden gegeven, is Consument wel degelijk beperkt in zijn functioneren en kan hij zijn werkzaamheden niet hervatten. Hij ondervindt dagelijks pijn en gebruikt zware pijnstillers. Volgens de internist is het heel goed mogelijk dat sprake is van zenuwpijnen. De medicatie is bedoeld om deze zenuwpijnen te onderdrukken. De internist vergelijkt de pijn met een soort kortsluiting in het zenuwweefsel, veroorzaakt door ontbrekend zenuwomhulsel. Het zenuwweefsel is onherstelbaar beschadigd geraakt.
 - De opmerking van de medisch adviseur van Verzekeraar dat hij heel lang gevaren is op de subjectieve klachten van Consument acht Consument zeer ongepast. Daarmee wordt de indruk gewekt dat Consument ten onrechte uitkering heeft genoten en dat zijn klachten niet worden erkend.

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 heeft Consument een nadere toelichting gegeven op zijn stelling dat zijn klachten veroorzaakt worden door chronische Lyme en dat dit bevestigd wordt door zijn behandelend artsen. Naar het oordeel van de Commissie biedt het medisch dossier, dat onder andere de bevindingen van de reumatoloog, de dermatoloog en de neuroloog bevat alsmede de bevindingen van het liquoronderzoek, het EMG-onderzoek en de diverse scans, echter onvoldoende aanknopingspunten om die stelling te kunnen onderschrijven. Als de klachten van Consument veroorzaakt worden door Lyme zou sprake moeten zijn van een neuroborreliose (aantasting van de hersenen / zenuwbanen). In het liquorvocht zijn evenwel geen antistoffen gevonden. De diagnose chronische Lyme / neuroborreliose is gezien de presentatie van de klachten van Consument en gezien ook de curatieve bevindingen onwaarschijnlijk en niet onderbouwd. Ook een psychiatrische oorzaak voor de klachten is middels expertise-onderzoek uitgesloten. Medisch kunnen de klachten dus niet in relatie met ziekte worden gebracht en kunnen de klachten niet als een objectieve stoornis worden gezien, hoe invoelbaar de klachten ook zijn. Consument is door de Commissie in de gelegenheid gesteld om zijn stelling nader te adstrueren aan de hand van een door hem bij zijn behandelend internist op te vragen verklaring. De Commissie heeft Verzekeraar de gelegenheid geboden om daarna op de verklaring te reageren.
- Verzekeraar heeft Consument ter zitting een trainingstraject aangeboden, welk aanbod door Consument is geaccepteerd.

5. Beoordeling

- 5.1 Aan de orde is de vraag of Consument, op wie in deze zaak de bewijslast rust, voldoende aannemelijk heeft kunnen maken dat zijn klachten veroorzaakt worden door Lyme en dat dus sprake is van objectief medisch vast te stellen stoornissen waardoor Consument beperkt is in zijn functioneren (artikel 4 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden). Anders dan Consument is de Commissie van oordeel dat Consument geen feiten heeft aangedragen, ook niet na de zitting, op grond waarvan kan worden aangenomen dat de klachten inderdaad veroorzaakt worden door Lyme. De verklaring van de behandelend internist d.d. 11 maart 2016 heeft de Commissie niet tot een ander inzicht geleid. In deze verklaring worden wel mogelijkheden geopperd en een behandelwijze voor pijnklachten besproken, maar wordt geen oordeel gegeven over de vraag of er in dit geval sprake is van een Lyme infectie of neuroborreliose. De verklaring biedt ook geen feitelijke aanknopingspunten voor een antwoord op die vraag.
- 5.2 De Commissie is dan ook van oordeel dat Verzekeraar zich in redelijkheid, op grond van een goed onderbouwd expertise-onderzoek, op het standpunt heeft kunnen stellen dat de klachten van Consument niet kunnen worden toegeschreven aan een Lyme infectie, dat de klachten niet objectiveerbaar zijn en dat er dus ook geen beperkingen zijn te duiden.

De Commissie is tevens van oordeel dat Verzekeraar zorgvuldig heeft gehandeld door Consument gedurende het diagnostische proces begeleiding te geven en uitkering onder de verzekering te verstrekken. Verzekeraar behoeft de uitkering niet te hervatten.

- 5.3 De opmerking van de medisch adviseur van Verzekeraar dat hij heel lang gevaren is op de subjectieve klachten van Consument acht de Commissie niet klachtwaardig. De Commissie heeft de overtuiging dat de klachten van Consument door de medisch adviseur van Verzekeraar steeds serieus genomen zijn en dat het woord 'subjectief' slechts gebruikt is om aan te geven dat de verzekering geen dekking biedt omdat de klachten niet medisch 'objectief' zijn vast te stellen, zoals de verzekeringsvoorwaarden vereisen.
- 5.4 De conclusie is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar tekortgeschoten is in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.

6. 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 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.