

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-248
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. P.A. Offers en J.H. Paulusma-de Waal RGA
en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 8 december 2015
Ingesteld door : Consument
Tegen : ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen
Verzekeraar
Datum uitspraak : 8 juni 2016
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Consument heeft een claim ingediend op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de verzekering geen dekking biedt omdat niet voldaan is aan de voorwaarde dat sprake moet zijn van objectief vast te stellen medische stoornissen die leiden tot beperkingen. Geen arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering.

I. Procesverloop

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

- het door Consument ingezonden klachtformulier met bijlagen van 8 december 2015;
- de aanvullende informatie van Consument van 17 en 20 december 2015, en van 5 januari en 1 februari 2016;
- het verweerschrift met bijlagen van Verzekeraar van 12 februari 2016;
- het medisch dossier van Verzekeraar;
- de repliek met bijlagen van Consument van 1, 2 en 3 maart 2016;
- de namens Consument ter zitting overgelegde spreekantekeningen.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als niet-bindend zullen aanvaarden. Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 29 april 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 6 augustus 1966, heeft met ingang van 30 januari 2007 bij Verzekeraar een Instap arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. Verzekerd beroep: psycholoog. Verzekerd jaarrente voor zowel Rubriek A (eerste jaar van arbeidsongeschiktheid) als Rubriek B (na-eerste jaar van arbeidsongeschiktheid): € 30.000,-. Eigen risico: 30 dagen. Bij arbeidsongeschiktheid geldt een ondergrens van 35%. Het arbeidsongeschiktheids criterium voor Rubriek A: eigen beroep. Voor Rubriek B: passende arbeid. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: model PHINS I.

2.2 Artikel I van de verzekeringsvoorwaarden bepaalt onder het kopje 'Definities':

Arbeidsongeschiktheid

a. *Van arbeidsongeschiktheid is in het eerste jaar van de ziekte uitsluitend sprake als er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren en als gevolg hiervan voor ten minste 35% 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 (criterium beroepsarbeidsongeschiktheid).*

b. *Van arbeidsongeschiktheid is vanaf het tweede jaar van de ziekte uitsluitend sprake als er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor verzekerde beperkt is in zijn functioneren en als gevolg hiervan voor ten minste 35% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden die rekening houdend met werkervaring en opleiding van de verzekerde, in redelijkheid van verzekerde mogen en kunnen worden verlangd (criterium passende arbeid).*

c. *De verzekeraar kan het bestaan van deze stoornissen vaststellen aan de hand van rapportage van door de verzekeraar aangewezen deskundigen.*

(...)

2.3 Artikel 4.1 van de verzekeringsvoorwaarden bepaalt onder het kopje 'Uitsluitingen':

Er is geen recht op uitkering als arbeidsongeschiktheid

. ontstaan, bevorderd of verergerd door psychische klachten, stoornissen, en/of beperkingen waaronder burn-out.

. Als gevolg van klachten, stoornissen en/of beperkingen door niet-objectiveerbare lichamelijke aandoeningen zoals fibromyalgie, whiplash, post-whiplash-syndroom en M.E. (myalgische encefalomyelitis of chronische vermoeidheidssyndroom en equivalenten hiervan).

2.4 Consument heeft zich op 23 augustus 2011 arbeidsongeschikt gemeld wegens overspannenheidsklachten. Hij was weliswaar niet overspannen maar de werkelijke reden van zijn uitval – een HIV-besmetting – wilde hij mondeling toelichten. Hij had veel last van de bijwerkingen van de HIV-medicatie, waaronder forse vermoeidheidsklachten. Verzekeraar heeft de claim afgewezen met een beroep op de uitsluiting in artikel 4.1. van de verzekeringsvoorwaarden voor psychische klachten. Nadat Verzekeraar was gebleken dat Consument ook lichamelijke klachten had, is de arbeidsongeschiktheid per 12 september 2011 in klasse 80-100% (100% uitkering) vastgesteld. Eind 2012 heeft een verzekeringsgeneeskundig onderzoek en een arbeidsdeskundig onderzoek plaats gevonden. De mate van arbeidsongeschiktheid is toen op minder dan 35% vastgesteld. Consument heeft hiertegen bezwaar aangetekend. Besloten is tot een tweede verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Hangende dit onderzoek is de uitkering hervat en daarna voortgezet. In december 2014 stelde een andere verzekeringsgeneeskundige voor om de (cognitieve) klachten van Consument te laten beoordelen en te objectiveren door middel van een neuropsychologisch onderzoek.

De verzekeringsgeneeskundige had vraagtekens bij de geclaimde ernst van de klachten van Consument en wilde voorts een eventuele psychische oorzaak daarvan nader onderzocht hebben. Het neuropsychologisch onderzoek gaf dusdanige resultaten dat de eindconclusie van de verzekeringsgeneeskundige was dat geen beperkingen konden worden aangenomen. Bij brief d.d. 30 juli 2015 heeft Verzekeraar Consument geïnformeerd over zijn besluit om de uitkering stapsgewijs af te bouwen en te beëindigen per 1 januari 2016.

- 2.5 Vanaf maart 2015 is Consument onder behandeling van een nieuwe internist. Onderzoek is ingesteld naar een mogelijk organisch psychosyndroom.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de verzekering met terugwerkende kracht tot augustus 2015 op basis van volledige arbeidsongeschiktheid (100%).

Grondslagen en argumenten daarvoor:

- 3.2 Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst.
- Consument heeft een objectief medisch vastgestelde stoornis, namelijk HIV. De klachten als gevolg waarvan hij arbeidsongeschikt is, worden veroorzaakt door deze stoornis en de medicatie daarvoor. Als Verzekeraar meent dat de klachten een psychische oorzaak hebben, is het aan Verzekeraar om daarvan het bewijs te leveren. Verzekeraar is daarin niet geslaagd.
 - Vanaf december 2012 zijn fouten gemaakt bij de dossierbehandeling. Zo heeft Verzekeraar maandenlang niets van zich laten horen, heeft hij diverse rapportages niet toegestuurd, heeft hij uit het niets de uitkering in 2013 beëindigd, heeft hij bij herhaling een foutieve adressering gebruikt en is hij onvoldoende ingegaan op bij hem neergelegde klachten. De communicatie met Verzekeraar heeft op Consument, die zich vanwege zijn ziekte toch al in een kwetsbare positie bevindt, veel impact gehad. Na de opmerking van de tweede verzekeringsgeneeskundige dat de uitval en de arbeidsongeschiktheid van Consument een betere onderbouwing behoefde omdat de huidige onderbouwing te mager was om arbeidsongeschiktheid aan te nemen, heeft Consument bij herhaling gevraagd welke informatie Verzekeraar nodig had. Hij heeft op zijn vragen nimmer antwoord gekregen.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:
- Op basis van verricht medisch onderzoek is geconcludeerd dat geen sprake is van beperkingen die voortvloeien uit een medisch objectiveerbare stoornis conform artikel 1 van de verzekeringsvoorwaarden. Consument is niet arbeidsongeschikt in de zin van de verzekering en hij heeft om die reden geen recht op uitkering.

- Bij de behandeling van het dossier zijn inderdaad (administratieve) fouten gemaakt. Consument heeft hierdoor echter geen schade geleden. Hij heeft vanaf september 2011 tot januari 2016 – weliswaar na bezwaar in 2013 – doorlopend uitkering ontvangen.

4. Zitting

Ter zitting is gebleken:

- dat Verzekeraar geen beroep doet op de uitsluiting in artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden voor psychische klachten;
- dat Consument nog uitsluitend een advies van de Commissie wenst ter zake het door Verzekeraar ingenomen dekkingstandpunt;
- dat aanvullend neurologisch onderzoek naar een mogelijk organisch psychosyndroom geen afwijkingen heeft opgeleverd;
- dat de curatieve sector de claim van Consument enkel onderbouwt met verwijzing naar literatuur gegevens en persoonlijke ervaringen.

5. Beoordeling

- 5.1 Aan de orde is de vraag of Verzekeraar in redelijkheid de uitkering per 1 januari 2016 heeft kunnen beëindigen. De Commissie beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt dienaangaande het volgende.
- 5.2 Consument claimt door zijn vermoeidheid als gevolg van het gebruik van medicatie voor een HIV-besmetting, veel energetische beperkingen en met name ook veel cognitieve stoornissen te ervaren. Hoewel de Commissie begrip heeft voor de beleving van Consument van zijn klachten, dient op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bij het vaststellen van de (mate van) arbeidsongeschiktheid niet te worden uitgegaan van de subjectieve klachtenbeleving maar van objectief vast te stellen medische stoornissen die leiden tot beperkingen. Het objectiveren van dergelijke subjectieve klachten is bij uitstek de deskundigheid van een verzekeringsgeneeskundige en niet van de curatieve sector. Heeft de eerste verzekeringsgeneeskundige nog cognitieve beperkingen geduid, de tweede verzekeringsgeneeskundige heeft in december 2014, na een gesprek met Consument, de klachten van Consument niet kunnen objectiveren. Ook een op advies van de tweede verzekeringsgeneeskundige verricht neuropsychologisch onderzoek heeft geen objectivering opgeleverd. De klachten van Consument zijn derhalve niet te verklaren. Niet aannemelijk is geworden dat Consument geen benutbare mogelijkheden voor arbeid heeft.
- 5.3 Omdat neuropsychologisch onderzoek geen objectivering van de cognitieve stoornissen heeft opgeleverd kunnen naar verzekeringsgeneeskundig inzicht ook geen beperkingen op cognitief terrein worden geduid en is om die reden geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekering.

5.4 De conclusie moet dan ook zijn dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar tekort geschoten is in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst. Hij heeft in redelijkheid kunnen besluiten om de uitkering per 1 januari 2016 te beëindigen en behoeft deze niet te hervatten.

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.